

**Schematherapeutische Supervision  
mit szenisch-kreativen Methoden  
aus dem Psychodrama lebendig gestalten**

**Abschlussarbeit im Rahmen Weiterbildung zum/r Supervisor\*in / Coach am Insti-  
tut für soziale Interaktion (ISI) in Hamburg**

Kurs 9, 2017-2020

Vorgelegt von

Dr. Karen Röhling

Amselring 23

24220 Flintbek

Kursleitung:

Herta Daumenlang

Dr. Andreas Krebs

Supervisorin:

Ute Prahl

## **Abstract**

Inwieweit lassen sich die Verfahren Psychodrama und Schematherapie zu einer lebendigen, kreativen Synthese im Format Supervision führen? Bereits im theoretischen Vergleich sind Ähnlichkeiten beider methodischer Ansätze unübersehbar, so dass die Verbindung eine gegenseitige Bereicherung verspricht. Beide Verfahren setzen stark auf emotionszentrierten Methoden, um Menschen eine emotional korrigierende Erfahrung und Veränderung ihres Verhaltens zu ermöglichen, und beide arbeiten mit Imagination und der konstruktiven Veränderung von Schlüsselszenen. Zur Beantwortung der Fragestellungen werden verschiedene Supervisionsprozesse ausgewertet, die im Einzel- und Teamsetting stattfanden. Teams aus Beratungsstellen, aus einer psychiatrischen Institutsambulanz und aus einer vollstationär betreuter Wohngruppe für psychisch erkrankte Jugendliche sowie ärztliche und psychologische Psychotherapeut\*innen in der Einzelsupervision profitieren von der lebendigen, kreativen und verbindenden Supervision, die sich aus der Synthese beider Verfahren ergibt. Verschiedene Fallbeispiele verdeutlichen das praktische Vorgehen. Zusätzlich wird die Berufsrollenentwicklung von der Psychotherapeutin mit schematherapeutischem Schwerpunkt zur Supervisorin mit szenisch-kreativen Methoden aufgezeigt und Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Rollen als Therapeutin im Gegensatz zur Supervisorin herausgearbeitet.

## **Inhaltsverzeichnis**

1. Einleitung
2. Entwicklung der Fragestellung
3. Der schematherapeutische Ansatz in der Verhaltenstherapie
  - 3.1 Einordnung der Schematherapie in den Methodenkanon der Verhaltenstherapie
  - 3.2 Die Grundpfeiler der Schematherapie nach Jeffrey E. Young
  - 3.3 Psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der Schematherapie
4. Meine Rollenentwicklung von der Schematherapeutin zur Supervisorin unter Einsatz szenisch-kreativer Elemente
  - 4.1 Die Rolle als Schematherapeutin in der Einzelpsychotherapie
  - 4.2 Die Rolle als Lehrtherapeutin für Schematherapie
  - 4.3 Der Rollenwechsel von der Dozentin für Fortbildungen im psychosozialen Bereich zur Supervisorin
  - 4.4 Die Rolle als Supervisorin in der Fall- und Teamsupervision von Gruppen
5. Fazit
6. Literatur

## 1. Einleitung

Meine erste Begegnung mit dem Psychodrama liegt viele Jahrzehnte zurück. In einer Beratungsstelle konnte ich als Berufsanfängerin an Supervisionen teilnehmen, in der Teammitglieder ihre Sichtweise des Teams kreativ in Szene setzen. Diese Szenen sind mir bis heute in lebhafter Erinnerung geblieben. Eine Protagonistin gab jedem Teammitglied einen charakteristischen Satz und ließ die Personen mit diesen laut gesprochenen, charakteristischen Sätzen durch den Raum gehen. So entstand ein chaotisch wirkendes, dynamisches System von durcheinander sprechenden Menschen, das an einen Hühnerhof erinnerte. Eine symbolische Szene für die basisdemokratische Struktur und Dynamik der Beratungsstelle, in der nach dem Konsensprinzip diskutiert wurde. Eine andere Protagonistin stellte alle Personen in Reih und Glied mit dem Blick nach vorn auf und ließ sie einen gemeinsamen Satz in einer Art Bühnenchor sprechen. Die Aufstellung erinnerte mich an ein streng hierarchisch geordnetes System, wie wir es in der Bundeswehr vorfinden. Beeindruckt stellte ich fest, wie unterschiedlich die Sichtweisen von Menschen aus der gleichen Gruppe auf ihr Team sein können und wie leicht es der Supervisorin gelang, dieses sichtbar zu machen. Gleichzeitig brachten diese Szenen die Teilnehmenden auf eine leichte, humorvolle Art miteinander ins Gespräch. Erst später wurde mir klar, dass ich hier Psychodrama erstmals in Aktion erlebt hatte.

„Handeln ist heilender als Reden“<sup>1</sup>, dieser Satz des Begründers des Psychodramas Jacob Levy Moreno verbindet den Grundgedanken der Verhaltenstherapie mit dem Ansatz des Psychodramas.

Inzwischen arbeite ich als Verhaltenstherapeutin mit schematherapeutischem Schwerpunkt in eigener psychotherapeutischer Praxis. Hier begegnen mir ebenfalls Szenen, allerdings entstehen diese vor meinem geistigen Auge, wenn Patient\*innen von ihren Beschwerden berichten. Sie leiden unter dem Eindruck vergangener und zukünftiger Belastungen und stellen sich immer wieder vor, was passiert ist oder passieren wird, und finden keinen Ausweg, sondern entwickeln psychische Störungen. In der Therapie nutzen wir unter anderem die Methode der Imagination, indem Patient\*innen gebeten werden, die Augen zu schließen und sich Szenen lebhaft in Erinnerung und vor das geistige Auge zu rufen, so dass sie Bilder sehen und körperliche Resonanzen spüren. Hierbei kann es sich wie in der Schematherapie um Schlüsselszenen aus der Kindheit handeln. Dann beginnt eine emotional korrigierende Intervention, in der die imaginierten Szenen konstruktiv zu einem positiven Ausgang verändert werden.

---

<sup>1</sup> Moreno, J. L.(o. J.) zitiert nach der Homepage des Deutschen Fachverbandes des Psychodramas <https://www.psychodrama-deutschland.de/2013/09/02/psychodrama-als-psychotherapeutisches-verfahren/> aufgerufen am 26.01.2019

Beispielsweise ruft sich eine Patientin in einer Imaginationsübung die Szene vor Augen, wie sie von ihrem Vater mit Sätzen wie „Du bist so dumm und faul, Du bist zu nichts nütze“ massiv entwertet wurde. Die Patientin wird gebeten, ihr Erwachsenen Ich in die Szene hinein zu holen, die gesunde Erwachsene begrenzt und entfernt den strafenden Vater und schafft es mit Hilfe der Therapeutin, das verletzte Kind zu schützen und anzunehmen. Sie führt das innere Kind an einen sicheren Ort und baut das Selbstwertgefühl des Kindes wieder auf.

In der Verhaltens- und Schematherapie folgen die therapeutischen Interventionen einem Leitfaden, einem Drehbuch mit relativ wenig Spielraum für Improvisation. Im Psychodrama ist die Intuition und die Spontaneität der Therapeutin dagegen handlungsleitend<sup>2</sup>. Als ich jetzt überlegte, mit welchem Verfahren ich meine Rolle als Supervisorin weiter ausbauen könnte, begegnete mir die Weiterbildung am ISI. Ohne zu wissen, warum mir die Rolle der Supervisorin zugleich Angst, Neugier, Respekt und Freude einflößte, ließ ich mich auf das Projekt ein, meine bisherige Supervisionspraxis durch die Weiterbildung mit Schwerpunkt Psychodrama zu erweitern. Supervision ist immer eine Begegnung mit Menschen, die Improvisation erforderlich macht. Um in die Rolle als Supervisorin ohne klares Drehbuch stärker hineinzuwachsen und mit dem Wunsch ebenso eindrucksvolle Bilder schaffen zu können, wie ich sie als Berufsanfängerin erlebt hatte, ließ ich mich auf die Verbindung dieser unterschiedlichen Verfahren ein.

---

<sup>2</sup> Krüger, R. T. (2015): Störungsspezifische Psychodramatherapie. Theorie und Praxis. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen. S. 26 ff.

## 2. Entwicklung der Fragestellung

Im lateinischen Wortsinn bedeutet Supervision Überblick und dient der Reflektion des berufsbezogenen Handelns, dessen Qualität durch Beratung verbessert werden soll.

Die DGSv (Deutsche Gesellschaft für Supervision) definiert Supervision auf ihrer Internetseite wie folgt:

*„Vor allem Kompetenz und Habitus unterscheiden supervisorische Beratung und Coaching von Fachberatung und Angeboten der Lebenshilfe. Supervisor\*innen und Coaches der DGSv gestalten mit ihrer Kundschaft anspruchsvolle Beratungsprozesse. Sie legen Wert auf Klarheit im Kontrakt, etablieren eine tragfähige Arbeitsbeziehung und orientieren sich am Auftrag und den vorhandenen Ressourcen. Der Mut zur Komplexität: Mitglieder der DGSv analysieren mit ihren Kund\*innen das Zusammenspiel von Organisation, Person, Rolle und den Anspruchsgruppen (Kund\*innen, Klient\*innen, Mitarbeitende). Sie haben die Rahmenbedingungen und das Umfeld im Blick, stellen sich dieser Komplexität und machen sie in der erforderlichen Tiefe der Reflexion zugänglich. Diese Beratungskompetenz, das Kernkonzept der Supervision, wird in verschiedenen Feldern der Arbeitswelt sowohl unter dem Namen „Supervision“ wie auch als „Coaching“ nachgefragt. Die DGSv trägt aus diesem Grund beide Namen im Titel.“<sup>3</sup>*

Supervision ist ein Format, in dem verschiedene Verfahren zur Anwendung kommen können. Nach Ferdinand Buer ist das „Format...wie die Szenerie, in der ich auftrete. Es schreibt Ort, Zeit, Kulissen, Requisiten und Handlungsmöglichkeiten vor.“<sup>4</sup>

Supervision in der hier vorgestellten Arbeit findet in meiner Praxis für Psychotherapie und Supervision oder in den Räumen der Supervisand\*innen statt. Der Zeitrahmen von in der Regel 1 bis 3 Stunden wird gemeinsam festgelegt und meist einigen sich die Beteiligten bereits vorab, dass es um Lehr-, Fall- oder/ und Teamsupervision gehen soll. Requisiten sind in der Regel Stühle, Flipchart, Whiteboard. Weitere szenisch-kreative Materialien wie Symbole, Seile, Tücher, Bildkarten bringe ich mit. Die Handlungsmöglichkeiten werden in der Regel zu Beginn der Arbeit bei einem Vorstellungstreffen gemeinsam abgestimmt.

In der vorgelegten Arbeit berichte ich über meine praktischen Erfahrungen als Supervisorin im Rahmen der Weiterbildung am ISI. Meine Referenzgruppe sind Einzellehrsupervisand\*innen, die ihre psychotherapeutische Behandlungspraxis insbesondere in Bezug auf die fachgerechte Durchführung von Verhaltenstherapie und Schematherapie reflektieren. Einzellehrsupervision wird von psychologischen und ärztlichen

<sup>3</sup> <https://www.dgsv.de/dgsv/supervision/konzept/> DGSv Internetseite aufgerufen am 19.11.2019

<sup>4</sup> Buer, F.: Einführung in die psychodramatische Supervision. Wiesbaden, 2004, S. 11

Psychotherapeut\*innen für Erwachsene und für Kinder- und Jugendliche bei mir nachgefragt. Weitere Praxiserfahrungen sammelte ich mit zwei Beratungsstellen, die aus Psycholog\*innen, Sozialpädagog\*innen, Diplom-Pädagog\*innen bestehen und Fall- und Teamsupervision buchten. Das Team einer vollstationär betreuenden Wohngruppe, in dem Sozialpädagog\*innen, Erzieher\*innen und Hauswirtschaftler\*in mit psychiatrisch erkrankten Jugendlichen arbeiten, und eine psychiatrische Institutsambulanz, in der Psychiater\*innen, Psychologische Psychotherapeut\*innen, Sprechstundenhilfen, Krankenpflegerkräft, Ergotherapeut\*innen und Sozialpädagog\*innen tätig sind, begleitete ich ebenfalls.

Supervisand\*innen bringen unterschiedliche Erwartungen und Aufträge mit. Sie möchten fachliche Beratung, die Reflektion ihrer Beziehungsarbeit mit dem Klientel und deren Bezugspersonen bis hin zur Teamreflektion und zur Begleitung von Teamentwicklungsprozessen sowie Konfliktbearbeitung und -klärung. Auch die Anliegen, Psychohygiene und Entlastung zu finden, sich als Team besser kennenzulernen, das Klima im Team zu verbessern sowie den Umgang miteinander zu gestalten, können sich hinter dem Auftrag verbergen. Obwohl Supervision in psychosozialen Institutionen weit verbreitet ist und obwohl viele Einzeltherapeut\*innen Supervision als obligatorischen Bestandteil ihrer Arbeit wahrnehmen, können die Anliegen und Rollenerwartungen diffus, vielschichtig und sogar unerfüllbar sein. Aufgabe der Supervisor\*innen ist es daher, mit der Komplexität dieser Anliegen umzugehen.

In dem Format Supervision kommen verschiedene Verfahren zur Anwendung, die von den persönlichen Vorlieben und Ausbildungen der Supervisor\*innen abhängig sind. Ein Verfahren ist laut Buer „wie ein Anzug, in dem ich mich wohlfühle und der mich attraktiv macht. Er darf die Person nicht verdecken, sondern muss sie zur Geltung bringen.“<sup>5</sup> Zwar sollten professionelle Beziehungsarbeiter\*innen möglichst mehrere Formate und Verfahren beherrschen, aber hier gibt es laut Buer eine Grenze. „Nicht jedes lässt sich mit jedem kombinieren, so wie nicht jede Krawatte zu jedem Anzug passt. Aber gerade in der spezifischen Kombination kann sich die individuelle Note eines jeden Anbieters zeigen.“<sup>6</sup>

In der vorliegenden Arbeit wird die Fragestellung untersucht, ob es sinnvoll ist, im supervisorischen Kontrakt den schematherapeutischen Ansatz aus der Verhaltenstherapie und szenisch-kreative Techniken aus dem Psychodrama zu verbinden. Die Beantwortung der Fragestellung soll erarbeiten, welchen Folgen die Kombination beider Verfahren im Format Supervision ergeben. Sie soll auch klären, ob Risiken und Grenzen der Anwendung

---

<sup>5</sup> Buer, F. ebd. , S. 11

<sup>6</sup> ebd. S. 11

beider Verfahren im Format Supervision existieren. Metaphorisch in Anlehnung an Ferdinand Buer wird untersucht, wie ich meine Kleidern der verhaltenstherapeutischen Schematherapie, mit denen ich seit vielen Jahren im Format Psychotherapie, Fortbildung und Supervision auftrete, mit weiteren psychodramatischen Accessoires im Format Supervision verbinden kann und wie dieses auf die Supervisionsprozesse wirkt.

Die Fragestellung wird bearbeitet, indem exemplarisch einzelne Vignetten der superviso- rischen Tätigkeit vorgestellt und dann in Hinblick auf die Fragestellung ausgewertet werden. Begonnen wird zunächst damit, Schematherapie als Verfahren in der Verhaltenstherapie einzuordnen und die grundlegenden Begriffe der Schematherapie zu erläutern, wobei hierzu bereits Beispiele aus der Supervisionspraxis vorgestellt werden.

### **3. Der schematherapeutische Ansatz in der Verhaltenstherapie**

Schematherapie ist ein Verfahren der dritten Welle innerhalb der Verhaltenstherapie, das von Jeffrey Young<sup>7</sup> und Kolleg\*innen entwickelt wurde.

#### **3.1 Einordnung der Schematherapie in den Methodenkanon der Verhaltenstherapie**

Zur ersten Welle der Verhaltenstherapie zählen sämtliche behavioralen Methoden wie zum Beispiel Angst- und Traumakonfrontationsverfahren oder soziales Kompetenztraining<sup>8</sup>, welche in den 80er Jahren das Bild der Verhaltenstherapie prägten. Verhaltenstherapeut\*innen verstehen psychisch gestörte Verhaltensweisen als erlernt und gehen davon aus, dass das Verhalten auch wieder verlernt werden kann. Behaviorale Verhaltenstherapeut\*innen erklären beispielsweise Menschen mit Angststörungen, dass ihre Ängste erlernte, konditionierte Ängste sind, die sie wieder verlernen können, indem sie sich mit den auslösenden Situationen konfrontieren, schrittweise erfolgreich sind und sich an die Angst gewöhnen, also habituieren. Im Rahmen der Verhaltenstherapie üben Menschen mit Prüfungsängsten in Rollenspielen den Umgang mit Prüfungssituation, gewöhnen sich an die auftretende Angstreaktion, lernen sich zu entspannen, selbst zu beruhigen, verfügen dadurch über einen besseren Zugriff auf ihr Wissen und bewältigen schrittweise erfolgreicher die gefürchtete und oft vermiedene Prüfungssituation. Ähnlich arbeiten Traumakonfrontationsmethoden mit dem wiederholten Durcharbeiten der traumatischen Situation zur Reduktion der ausgelösten Symptome von Vermeidung, Übererregung und Intrusionen.

---

<sup>7</sup> Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. E.: Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch. Paderborn, 2005

<sup>8</sup> Hinsch, R. & Pfungsten, U.: Gruppentraining sozialer Kompetenzen. Weinheim, 2015

Verfahren der zweiten Welle der Verhaltenstherapie, die sogenannte kognitive Welle, setzen an den Bewertungen der Patient\*innen an. Die kognitiven Verhaltenstherapeut\*innen hinterfragen mittels sokratischem Dialog die Gedanken ihrer Patient\*innen und tragen dadurch zu einer Veränderung der Einschätzung, der nachfolgenden Emotionen und der Verhaltensweisen bei. Im oben genannten Beispiel beschäftigen sich Patient\*in und Therapeut\*in vor allem mit der Bewertung der Prüfungssituation. Im sokratischen Dialog fragt der / die Therapeut\*in: Was ist so ängstigend an der Prüfung? Was könnte schlimmstenfalls passieren? Inwieweit möchten Sie selbst in diese Situation hinein gehen oder fühlen sie sich durch die Erwartungen anderer, zum Beispiel der Eltern, der Partner und Freunde fremdbestimmt? Was ist, wenn Sie die Prüfung bestanden haben? Inwieweit haben Sie Angst vor der späteren Verantwortung als Absolvent? Welche nützliche Funktion hat Ihre Angst? Solche und ähnliche therapeutische Fragen führen bei erfolgreicher Psychotherapie zu einer veränderten Einschätzung der Prüfungssituation, zur Entkatastrophisierung und zur selbstbestimmten Verantwortungsübernahme, so dass sich die Prüfungsangst verringert und das Vermeidungsverhalten abnimmt.

Da nicht alle Patient\*innen von behavioralen oder kognitiven Verhaltenstherapien profitieren, entwickelte sich die dritte Welle der Verhaltenstherapie. Sie setzt an den Emotionen der Patient\*innen an. Thematisiert wird in störungsübergreifenden Therapieverfahren die Emotionsdifferenzierung und -regulation, die Gestaltung der therapeutischen Beziehung sowie die Bedeutung der Achtsamkeit für die Veränderung menschlichen Verhaltens. Hierzu zählen Verfahren wie die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)<sup>9</sup>, die Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)<sup>10</sup>, die Metakognitive Therapie<sup>11</sup>, die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT)<sup>12</sup> und die Schematherapie<sup>13</sup>. Vorgestellt wird hier lediglich die Schematherapie, da diese für die folgende Arbeit den vorrangigen Bezugsrahmen darstellt.

### **3.2 Die Grundpfeiler der Schematherapie nach Jeffrey E. Young**

Young und Kolleg\*innen setzten sich regelmäßig zur kollegialen Intervision zusammen, um Fälle zu diskutieren, bei denen weder behaviorale noch kognitive Methoden eine

---

<sup>9</sup> Linehan, M. M.: Die Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: DBT Therapiebuch. CIP-Medien 2008.

<sup>10</sup> McCullough, J.P. et al.: CPASP - Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy: Chronische Depressionen effektiv behandeln. Paderborn, 2015.

<sup>11</sup> Wells, A.: Metakognitive Therapie bei Angststörungen und Depression. Weinheim, 2011.

<sup>12</sup> Hayes, S.C. et al. Akzeptanz- & Commitment-Therapie: Achtsamkeitsbasierte Veränderungen in Theorie und Praxis. Paderborn, 2014

<sup>13</sup> Young, J. E., Klosko, J.S., Weishaar, M.E.: Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch. Paderborn. 2005

Wirkung zeigten. Patienten\*innen mit Persönlichkeitsstörungen wie Borderline-Persönlichkeitsstörung oder narzisstischer Persönlichkeitsstörung brachen die Therapie vorzeitig ab oder verharrten lange in wirkungslosen Behandlungen. Aus der Analyse dieser Fälle entwickelten Young und sein Team eine hoch komplexe Therapieform, deren Grundzüge jetzt vorgestellt werden.

Jeder Mensch entwickelt Konzepte (Schemata) von sich selbst, von anderen und der Welt. Jeffrey Young unterscheidet förderliche vs. hinderliche Schemata. Früh entstandene hinderliche Schemata sind breite, die Lebensführung durchdringende Themen oder Muster<sup>14</sup> oder auch Lebensfallen, wie sie von Rödiger genannt werden<sup>15</sup>.

Früh entstandene, hinderliche Schemata („wunde Punkte“) entstehen durch einen Mangel oder eine Übererfüllung der zentralen emotionalen Kernbedürfnisse in der Kindheit und Jugend. Zentrale Kernbedürfnisse unterteilt Young in fünf Bereiche, sogenannte Schema-Domänen.

Im ersten Bereich der Abgetrenntheit und Ablehnung fehlt es dem Kind an Sicherheit, Zuwendung, Empathie, Akzeptanz und Respekt in der elterlichen Beziehung, so dass Grundannahmen wie Verlassenheit / Instabilität, Misstrauen / Missbrauch, Emotionale Entbehrung von Zuwendung, Empathie und Schutz, Unzulänglichkeit / Scham und Soziale Isolierung / Entfremdung entstehen.<sup>16</sup> Die Betroffenen gehen davon aus, von anderen Menschen früher oder später verlassen, missbraucht, ausgenutzt, nicht verstanden zu werden, nicht geliebt zu werden. Sie fühlen sich nicht gut genug und nicht dazugehörig.

In der Domäne Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung hält sich die Person für unselbständig und lebensuntüchtig. In der Kernfamilie wurde „das Selbstvertrauen des Kindes unterminiert“, es wurde „in übertriebener Weise behütet und versäumt, es zu kompetenten Leistungen außerhalb der Familie anzuregen“<sup>17</sup> Es entstehen dysfunktionale Schemata wie Abhängigkeit / Inkompetenz, Anfälligkeit für Schädigungen und Krankheiten, Verstrickung / Unentwickeltes Selbst sowie Versagen, da das Bedürfnis nach Selbständigkeit durch übertriebene Behütung und Verstrickung missachtet wurde. Die Betroffenen erleben sich als inkompetent und abhängig von anderen, sie glauben, dass ihnen ständig etwas schlimmes wie gesundheitliche, emotionale und äußere Katastrophen widerfahren können. Sie können zwischen den eigenen Bedürfnissen und denen der nahe

---

<sup>14</sup> Young, ebd. 2005

<sup>15</sup> Rödiger, E.: Raus aus den Lebensfallen! Das Schematherapie- Patientenbuch. Paderborn, 2009

<sup>16</sup> Young, ebd. 2005, s. 44

<sup>17</sup> Young, ebd. 2005, S. 45

stehenden Bezugspersonen kaum unterscheiden und sie glauben, in Leistungssituationen „unvermeidlich zu versagen“ und „hoffnungslos unterlegen“<sup>18</sup> zu sein.

In der dritten Domäne werden Beeinträchtigungen im Umgang mit Begrenzungen zusammengefasst. Schemata wie Anspruchshaltung / Grandiosität und unzureichende Selbstkontrolle / Selbstdisziplin erschweren den Betroffenen, Ziele zu erreichen sowie verantwortungsbewusst und respektvoll mit anderen Menschen umzugehen. Es fehlte an ausreichender Konfrontation, Disziplinierung und Grenzsetzung in der elterlichen Beziehung. „Für die typische Ursprungsfamilie charakteristisch sind Permissivität, übertriebene Nachsicht, Mangel an Richtungsweisung oder ein Gefühl der Überlegenheit...“<sup>19</sup>.

In der vierten Domäne, der sogenannten Fremdbezogenheit, passen sich die Betroffenen den Erwartungen ihrer Bezugspersonen übermäßig an, da sie in den „Genuss von Liebe, Aufmerksamkeit und Anerkennung“<sup>20</sup> nur durch Unterdrückung eigener Bedürfnisse und Neigungen kamen<sup>21</sup>. „In vielen Familien dieser Art werden die emotionalen Bedürfnisse und Wünsche der Eltern - oder Anerkennung und sozialer Status - höher bewertet als die individuellen Bedürfnisse und Gefühle des eigenen Kindes“<sup>22</sup>. Es entwickeln sich die dysfunktionalen Schemata Unterwerfung, Selbstaufopferung sowie Streben nach Zustimmung und Anerkennung. Menschen mit diesen früh erworbenen, hinderlichen Schemata opfern ihre eigenen Ziele und Wünsche zugunsten anderer und zeichnen sich durch übertriebenes Streben nach Harmonie und Anerkennung aus. Sie stellen diese Ziele weit über ihre eigene Gesundheit und unterdrücken Ärger und Unwohlsein, so dass die Selbstfürsorge und Durchsetzungsfähigkeit erschwert wird.

Die fünfte und letzte Schemadomäne übertriebene Wachsamkeit und Gehemtheit beinhaltet hinderliche Grundannahmen wie Negativität / Pessimismus, Emotionale Gehemtheit, Überhöhte Standards / Übertrieben kritische Haltung sowie Bestrafung. Hier bestand in der frühen Kindheit und Jugend ein Mangel an spontanem und freiem Ausdruck von Gefühlen, Impulsen und Entscheidungen. „Die Ursprungsfamilie ist meist unbarmherzig und hart und neigt manchmal zu Bestrafungen“<sup>23</sup>. Zugunsten einer Überbetonung von Pflichten, Leistung, Perfektionismus wird eine starre Befolgung von Regeln und Normen, das Verbergen von Gefühlen und Vermeidung von Fehlern gelebt. Menschen mit diesen Schemata sind ständig gehemmt und chronisch wachsam, denn sie befürchten, es könne

---

<sup>18</sup> Young, ebd. 2005, S. 46

<sup>19</sup> Young, ebd. 2005, S. 46

<sup>20</sup> Young, ebd. 2005, S.47,

<sup>21</sup> vgl. Young, ebd.

<sup>22</sup> Young, ebd.

<sup>23</sup> Young, ebd. S. 48

eine massive Katastrophe eintreten. Sie hemmen den Ausdruck von Freude, Ärger und Aggression, unterdrücken Spiel und Neugier zugunsten einer rationalen Überbetonung. Um Kritik und ggf. Bestrafung zu vermeiden, sind sie überzeugt, verinnerlichten, sehr hohen Verhaltens- und Leistungsstandards genügen zu müssen. Sie können schwer, sich und anderen Menschen vergeben, da sie der Meinung sind, dass Fehler streng bestraft werden müssen.

#### **Fallbeispiel aus einer Beratungsstelle zur Verdeutlichung der zentralen Schemata**

In der von mir supervidierten Beratungsstelle stellen sich häufig Patientinnen mit schweren Suchterkrankungen und Persönlichkeitsproblemen für die ambulante Beratung und Psychotherapie vor. Hier bietet sich in der Fallsupervision die Arbeit mit dem schematherapeutischen Ansatz an, um die Patientinnen zu verstehen und zu behandeln. Exemplarisch soll der Fall von Frau F. beschrieben werden, die unter einer Alkoholabhängigkeit und rezidivierenden Depression bei zugrunde liegender Borderline-Persönlichkeitsstörung leidet. Sie arbeitet als Krankenschwester und orientiert sich privat an den Bedürfnissen ihres Mannes und ihrer Kinder und kann nur schwer für sich sorgen. Ihre zentralen früh kindlich erworbenen Schemata Verlassenheit, emotionale Entbehrung, Unterwerfung und Selbstaufopferung hat sie als Älteste von fünf Kindern erworben. Frau F. war früh für die Erziehung und Betreuung der Geschwister zuständig, während die eigenen Eltern aufgrund ihrer Suchterkrankung nicht in der Lage waren, diese zu versorgen. Sie erhielt Anerkennung, Beachtung und Zuwendung nur, wenn sie in der Mutterrolle gut funktionierte. Tatsächlich fühlte sie sich davon oft überfordert. Eigene Bedürfnisse musste sie unterdrücken und konnte so nicht lernen, sich für eigene Wünsche einzusetzen. Sie wurde als egoistisch und streitsüchtig bezeichnet und gelegentlich körperlich bestraft, wenn sie als Kind über den Mangel an eigenem Entfaltungsspielraum wütend wurde.

Insgesamt postulierte Young 18 früh entstandene, hinderliche Schemata aus 5 Schemadomänen. Sie entstehen durch einen Mangel oder eine Übererfüllung kindlicher Kernbedürfnisse und prägen die Wahrnehmung, die emotionale, kognitive und behaviorale Reaktion in zwischenmenschlichen Situationen sowie die Lebensführung von Betroffenen. In der folgenden Abbildung 1 werden die Zusammenhänge zwischen verletzten Kernbedürfnissen, Schemadomänen und Schemata übersichtlich zusammengestellt.

**Abb. 1: Übersicht über die Schemata und ihre Zuordnung zu Schemadomänen und verletzten Kernbedürfnissen (nach Zens & Jacob, 2013<sup>24</sup>)**

<b>Kernbedürfnisse</b>	<b>Schemadomänen</b>	<b>Schemata</b>
Sichere Bindung, Akzeptanz, Versorgung	Abgetrenntheit und Ablehnung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verlassenheit / Instabilität</li> <li>• Misstrauen / Missbrauch</li> <li>• Emotionale Entbehrung</li> <li>• Unzulänglichkeit / Scham</li> <li>• Soziale Isolierung / Entfremdung</li> </ul>
Autonomie, Kompetenz, Identitätsgefühl	Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abhängigkeit / Inkompetenz</li> <li>• Anfälligkeit für Schädigungen und Krankheiten</li> <li>• Verstrickung / Unentwickeltes Selbst</li> <li>• Versagen</li> </ul>
Realistische Grenzen und Selbstkontrolle	Beeinträchtigung im Umgang mit Begrenzungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anspruchshaltung / Grandiosität</li> <li>• Unzureichende Selbstkontrolle / Selbstdisziplin</li> </ul>
Freiheit im Ausdruck von Bedürfnissen und Emotionen	Fremdbezogenheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterwerfung</li> <li>• Selbstaufopferung</li> <li>• Streben nach Zustimmung und Anerkennung</li> </ul>
Spontaneität und Spiel	Übertriebene Wachsamkeit und Gehemmtheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Negativität / Pessimismus</li> <li>• Emotionale Gehemmtheit</li> <li>• Überhöhte Standards / übertriebene kritische Haltung</li> <li>• Strafneigung</li> </ul>

Tatsächlich kommen Patienten in die Therapie, weil sie in der Gegenwart unter Problemen in ihrer Lebensführung leiden, nicht weil sie ihre Grundannahmen von sich selbst, anderen Menschen und der Welt anzweifeln oder verändern wollen. Probleme in der aktuellen Lebensführung entstehen durch die sogenannten Bewältigungsstrategien. Unter

<sup>24</sup> Zens, C., Jacob, G.: Schematherapie bei Persönlichkeitsstörungen - Das Moduskonzept. 2013, in: DNP: Der Neurologe und Psychiater, 2013, 14 (1).

Schemabewältigungsstrategien versteht Young in Anlehnung an das Kampf-Flucht-System<sup>25</sup> die drei maladaptiven Bewältigungsstile Überkompensation, Vermeiden und Sich-Fügen (Erdulden). Sie sind Überlebensreaktionen auf die Aktivierung dysfunktionaler Schemata.

### **Fallbeispiel aus einer Beratungsstelle zur Verdeutlichung der Schemabewältigungsstrategien**

Die Krankenschwester und Patientin Frau F., die mit Alkoholabhängigkeit, rezidivierender Depression und Alkoholabhängigkeit in der Beratungsstelle behandelt wird, wurde als Kind beispielsweise bestraft und kritisiert, wenn sie wütend wurde. Wut weist auf die unerfüllten Bedürfnisse des Kindes hin und ist für die Autonomieentwicklung eines Kindes unverzichtbar. Aggressive Reaktionen waren in der Kindheit von Frau F. unerwünscht und so lernte Frau F., dass ihre Bedürfnisse weniger wichtig als die anderer Menschen sind und dass sich niemand in ihre Gefühle einfühlt, diese versteht und validiert. Als Überlebensreaktion auf diese schmerzliche Erfahrung kann sich ein Kind in das Schema fügen, das Schema also als wahr akzeptieren und sich permanent unterordnen, also Beziehungspartner wählen, die es ständig dominieren. Wählt das Kind die Reaktionsform des Vermeidens, dann zieht es sich zurück und vermeidet die Gefühle der Wut zu spüren, indem es sich ablenkt, eine Phantasiewelt erschafft oder sich in Rauschzustände begibt. Dadurch vermeidet das Kind und später der Erwachsene, die Gefühle bei Schemaauslösung zu spüren. Bei der dritten Bewältigungsstrategie drehen die Betroffenen den Spieß um, sie bekämpfen das Schema und fühlen sich kurzfristig stark und kraftvoll. Frau F. reagierte als Kind mit einer völlig überzeichneten, dominanten Besetzung der Mutterrolle gegenüber den Geschwistern. Wenn sie mit den Kindern allein war, dann fühlte sie sich wie „ein kleiner General“, der die Geschwister herumkommandiert. Anschließend wurde sie von der Mutter und den anderen Familienmitgliedern dafür bestraft, quasi degradiert, und kritisiert, so dass sie sich mittelfristig wieder abgelehnt und ungeliebt fühlte. Überkompensationsstrategien führen also nicht wirklich zur Erfüllung der Kernbedürfnisse.

Maladaptive Schemata entwickeln sich in der Kindheit und Jugend in der Interaktion des Kindes mit den elterlichen Bezugspersonen aus zahlreichen Schlüsselszenen, die Bewältigungsstile sind Reaktionsformen auf die unaushaltbar erlebten Emotionen in diesen

<sup>25</sup> Das Kampf-Flucht-System als Reaktion auf Stress geht auf Walter Cannon (1915) zurück und wurde von Jeffrey Alan Gray 1988 um die dritte Reaktionsform des Erstarrens erweitert. Richard S. Lazarus postulierte 1984 das bis heute gebräuchliche transaktionale Stressmodell als psychologisches Modell zum Verständnis der menschlichen Stressreaktion.

Szenen. Grundsätzlich sind Verhaltensweisen, die bei Schemaaktivierung gezeigt werden, zunächst nicht dysfunktional, sondern sie dienen dazu, mit den schwer aushaltbaren, intensiven Emotionen des verletzten Kindes umzugehen. Erst im Verlauf werden sie dysfunktional, wenn sie als starre Reaktion etabliert sind und eine korrigierende Erfahrung unmöglich machen. Beispielsweise kann ein Mensch, der sich sozial isoliert fühlt, durch die Vermeidung sozialer Kontakte zwar das Erleben von Angst und Scham reduzieren, aber eine Überwindung des Schemas und Erfüllung des Kernbedürfnisses nach Kontakt wird unmöglich.

Zuerst entwickelten Young und Mitarbeiter\*innen das obige Schemamodell und ergänzten es dann um das Schemamodusmodell, welches von Arnould Arntz und seinem Team weiter untersucht wurde<sup>26</sup>. Dieses Modell wird von den meisten Autoren heute favorisiert, insbesondere in der Behandlung von Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen, die zumeist eine Vielzahl maladaptiver Schemata und Bewältigungsstrategien aufweisen, so dass durch die Identifikation der zahlreichen Schemata oft eine Verwirrung und Überforderung bei den Patient\*innen entsteht<sup>27</sup>.

Zahlreiche Autoren gehen davon aus, dass das Selbst nicht einheitlich, sondern durch verschiedene innere Anteile konstituiert wird. Beispielsweise unterscheidet Eric Berne, der Begründer der Transaktionsanalyse das Erwachsenen-Ich, verschiedene Kind- und Eltern-Ich-Zustände. James unterschied Me und I, Freud Ich, Es und Über-Ich, Moreno sprach vom kulturellen Atom mit einer Vielzahl sozialer Rollen<sup>28</sup>. Auch Young griff das Konzept pluralistischer Ich-Zustände in seinem Modusmodell auf. Hier ist der Unterschied, dass von vornherein gesunde Modi im Gegensatz zu maladaptiven Modi konzeptualisiert und eine Vielzahl von Bewältigungsmodi als Überlebensstrategien konzipiert werden.

Die folgende Tabelle zeigt einen Überblick über die verschiedenen Modi im Modusmodell der Schematherapie.

---

<sup>26</sup> Arntz, A., van Genderen, H.: Schematherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung. 2010, Weinheim.

<sup>27</sup> Young, ebd., 2005, S. 76

<sup>28</sup> Vgl. Schnabel, K., von Ameln, F., Stadler, C.: Innere Anteile und lebendige soziale Teilhabe. Pluralistische Konzeptionen des Selbst in verschiedenen Theorieansätzen. In: Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie, 2019, 18 (1).

**Tabelle 2: Modusübersicht nach Zens & Jacob (2013)<sup>29</sup>****Funktionale Modi**

- Gesunder Erwachsener
- Glückliches Kind

**Maladaptive Kindmodi**

- Verletzbar, einsam, traurig, verlassen, missbrauchte, abhängige Kindmodi
- Ärgerliche, wütende, impulsive, undisziplinierte Kindmodi

**Dysfunktionaler Elternmodus**

- Fordernder Elternmodus (leistungsfordernd, emotional fordernd, Schuld induzierend)
- Strafender Elternmodus

**Dysfunktionale Bewältigungsmodi**

Unterwerfung	- Angepasster Unterwerfer
Vermeidung	- Distanzierter Beschützer - Vermeidender Beschützer - Ärgerlicher Beschützer - Distanzierter Selbstberuhiger
Überkompensation	- Narzisstischer Selbsterhöher - Suche nach Aufmerksamkeit und Bestätigung - Übermäßig perfektionistischer Kontrolleur - Übermäßig misstrauischer Kontrolleur - Einschüchterer - Gerissener Täuscher - Raubtier- / Killer-Modus

---

<sup>29</sup> Zens & Jacob ebd. 2013

### **Fallbeispiel aus der Beratungsstelle zur Verdeutlichung des Modusmodelles**

Die Krankenschwester Frau F., die Borderline-Patientin mit Alkoholabhängigkeit und rezidivierender Depression aus der Beratungsstelle, weist neben den zentralen Themen wie Verlassenheit, emotionale Entbehrung, Unterwerfung und Selbstaufopferung auf vielen weiteren Schemata problematische Ausprägungen auf. Zu Therapiebeginn wird ein Modus-Modell mit ihr entwickelt, das ihre psychodynamischen Zusammenhänge einfacher abbildet.

Ihr gesunder Erwachsener Modus geht zwar zur Therapie und kann alltagspraktische Tätigkeiten gut verrichten, aber er ist sehr schwach ausgeprägt. Zumeist befindet sich Frau F. im Erduldungszustand des „braven Mädchens“, ein Überlebensmodus, den sie früh ausgebildet hat und der in der Ehe mit dem dominanten Partner weiter etabliert wurde. Sie lässt sich von ihrem Partner zur Therapie fahren, er teilt ihr Geld zu, damit sie nicht rückfällig wird. Er strukturiert ihren Alltag und erstellt für sie abends einen Aufgabenzettel für den nächsten Tag. Manchmal wird sie rückfällig, trinkt Alkohol, den sie heimlich gekauft und für alle Fälle versteckt hat. Auslösend für den Rückfall in den Rausch-Modus (Vermeidungsstrategie) sind beispielsweise Situationen, in denen sie kritisiert wird, weil sie auf der Arbeit als Krankenschwester zu hart mit den Patienten gesprochen hat. Frau F. fühlt sich dann so verletzt und unverstanden wie als Kind, wenn sie auf die Geschwister aufpasste und bei Rückkehr der Mutter kritisiert und bestraft wurde. Dieser verletzte Kind-Modus ist manchmal traurig, kann aber in starke Wut kippen, die sie jedoch nicht äußern kann, weil sie früher dafür hart bestraft wurde. Sie kann sich nicht adäquat mit Kritik auseinandersetzen und ggf. wehren, sondern sie reagiert mit ihren Überlebensstrategien Erduldung, Rückzug und Vermeidung. Nach dem Alkoholkonsum wird in ihr der strafende, Leistungsfordernde Eltern-Modus aktiviert, der sie abwertet. Im Glücklichen Kind hat Frau F. Zugang zu ihren Ressourcen, sie singt gern im Chor und bewegt sich gern in der Tanzgruppe.

In der Fallsupervision kann dieses Modus-Modell am Flipchart gemeinsam mit der Fallgeberin und dem Team erarbeitet werden. Als Supervisorin gerate ich jedoch in dieser Art der Rollenausübung leicht in die Rolle der Fortbilderin und der Fachaufsicht. Supervision mit dem psychodramatischen Verfahren eröffnet hier andere Gestaltungsoptionen, die später vorgestellt werden sollen.

### **3.3 Psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der Schematherapie**

Wie sieht nun die psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der Schematherapie aus? In der ersten Welle der Verhaltenstherapie stand die Veränderung des Verhaltens im Vordergrund, während die kognitiven Verfahren der zweiten Welle an der Veränderung der Gedanken und Einschätzungen ansetzen. Die dritte Welle der Verhaltenstherapie stellt die Emotionen und die therapeutische Beziehung in das Zentrum der Therapie. Nach Faßbinder, Schweiger, Jacob<sup>30</sup> sind vier zusätzliche Merkmale bei der Gestaltung der schematherapeutischen Behandlung bedeutsam: die Veränderung des emotionalen Erlebens mittels Methoden wie Imaginationsübungen und Stuhldialogen, die Therapiebeziehung in Form von begrenzter elterlicher Fürsorge (limited reparenting), die Erfahrungen aus der Kindheit und Jugend als zentraler Stellenwert für die Entstehung chronischer seelischer Probleme und das Konzept der Bedürfnisorientierung als handlungsleitend in der Therapie.

Das Konzept des Schemamodusmodells erleichtert die therapeutische Behandlungsplanung, indem zu Beginn der Therapie mit den Patienten ein Fallkonzept individuell erstellt wird und Psychoedukation zu den zentralen Problemen und deren Zusammenhang mit den Schemamodi durchgeführt wird. Dieses Fallkonzept bietet für die Therapeut\*innen eine Grundlage zur Behandlungsplanung, in der kognitive, emotionszentrierte, behaviorale Strategien eingesetzt werden. Zentral ist dabei, dass sich die Therapiebeziehung an der Haltung der begrenzten Nachbeelterung (limited reparenting) orientiert. Diesen Gedanken finden wir bereits bei Eric Berne in der Transaktionsanalyse<sup>31</sup>. Die Betonung der Bedeutung der Therapiebeziehung resultiert daraus, dass in der Schematherapie Patient\*innen mit einem gering ausgebildeten gesunden Erwachsenen-Modus behandelt werden. Sie benötigen eine begrenzte Nachbeelterung, durch die ein gesunder Erwachsener modelliert wird, um eine kognitive Kontrolle über aktivierte emotionale Zustände, sogenannte Kind-Modi, zu erreichen.

#### **Fallbeispiel zur Verdeutlichung des Behandlungsansatzes**

Frau F. benötigt in der Schematherapie eine Förderung des gesunden Erwachsenen Modus, damit sie ihre Alkoholrückfälle reduzieren kann, wenn ihr verletzter Kindmodus aktiviert wird. Ihre gesunde Erwachsene soll in die Lage versetzt werden, bei Aktivierung schmerzlicher, intensiver Emotionen sich selbst zu beruhigen und zu trösten, also emotionsregulierend vorzugehen und ihre Ressourcen aus dem glücklichen Kindmodus zu aktivieren. Frau F. kann ihre dysfunktionalen Schemata nur bekämpfen, wenn sie lernt,

<sup>30</sup> Faßbinder, E., Schweiger, U., Jacob, G.: Therapie-Tools Schematherapie. 2011, Weinheim, Basel, S.11

<sup>31</sup> Stewart, I., Joines, V.: Die Transaktionsanalyse. Eine Einführung. 1990, Freiburg.

Grenzen zu setzen, ihre eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen und sich für sich einzusetzen. Ihre Förderung vermehrter Eigenständigkeit in der Partnerschaft und dem Lebensvollzug sind wichtige Therapieziele. Behaviorale Strategien bestehen darin, sozial kompetent aufzutreten und die Überlebensstrategie der kleinen Generalin (Überkompensation bei Verantwortungsübernahme für die Beaufsichtigung der Geschwister) zu verringern. Kognitive Strategien bestehen darin, ihre Bewertungen und Grundannahmen zu hinterfragen und zu widerlegen. Beispielsweise wird an der Annahme gearbeitet, dass sie mit Liebesentzug bestraft und als egoistisch kritisiert wird, wenn sie sich selbst wichtig nimmt. Emotionszentrierte Strategien sehen vor, durch Imaginationsübungen zentrale Schlüsselszenen der Kindheit zu aktivieren und emotional korrigierend zu bearbeiten. Mittels Stuhldialogen soll die gesunde Erwachsene gestärkt, der Leistungsfordernde Elternmodus begrenzt und reduziert werden, der verletzte Kindmodus validiert und getröstet werden sowie die dysfunktionalen Bewältigungsmodi verstanden sowie seltener und gezielter eingesetzt werden.

Auf eine weitere detaillierte Darstellung des schematherapeutischen Behandlungsansatzes wird hier verwiesen auf Rödiger<sup>32</sup> sowie Jacob & Arntz<sup>33</sup>.

#### **4. Meine Rollenentwicklung von der Schematherapeutin zur Supervisorin unter Einsatz szenisch-kreativer Elemente**

Vielfältige berufliche Sozialisationserfahrungen führen zur Verinnerlichung von inneren Rollenmodellen, die im Alltag automatisiert unsere Handlungen leiten. Um die Rolle als Supervisorin reflektiert auszugestalten, bietet die psychodramatische Aufstellungsarbeit innerer Anteile eine Methode zur Eigenreflektion an. Nach Schnabel et al.<sup>34</sup> entsprechen innere Anteile Morenos Rollen des kulturellen Atoms, wobei sie psychosomatische, psychodramatische und soziodramatische Rollen Aspekte repräsentieren.

Rückblickend setzt sich mein heutiges Rollenverständnis als Supervisorin aus verschiedenen eigenen beruflichen Rollenanteilen zusammen. Als ambulante Einzeltherapeutin, als Lehrsupervisorin und als Dozentin verfüge ich über ganz unterschiedliche Haltungen und Reaktionsmuster, welche als Supervisorin ebenfalls abrufbar sind, aber manchmal nicht situationsangemessen sein können.

##### **4.1 Die Rolle als Schematherapeutin in der Einzelpsychotherapie**

<sup>32</sup> Rödiger, E.: Praxis der Schematherapie. Grundlagen - Anwendung - Perspektiven. 2009, Stuttgart.

<sup>33</sup> Jacob, G., Arntz, A.: Schematherapie in der Praxis. 2011, Weinheim, Basel.

<sup>34</sup> Schnabel, K., von Ameln, K., Stadler, C. (2019) Innere Anteile und lebendige soziale Teilhabe. Pluralistische Konzeptionen des Selbst in verschiedenen Theorieansätzen. S. 19 f.

## Als Schematherapeutin bin ich

- Rollenmodell für die gesunde Erwachsene des / der Patient\*in
- empathische, versorgende, mütterliche Therapeutin, die das verletzte innere Kind der Patient\*innen auf den Schoß nimmt, tröstet, beruhigt, ermutigt, validiert, aber auch Wut ventilieren lässt. Im Sinne einer begrenzten Nachbeelterung erhalten Patient\*innen nach Möglichkeit, was ihnen in der Kindheit fehlte.
- Schutz und Halt gebende, verantwortungsbewusste Therapeutin, die schwer seelisch erkrankte Menschen, die wenig Steuerungsfähigkeit haben, vor einem Überschwemmtwerden durch belastende Emotionen und Erinnerungen schützt und einen auffangenden therapeutischen Rahmen hält.
- distanzierte, Orientierung gebende, kritisch reflektierende Therapeutin, die neue Denkanstöße setzt, das Schemamodell vermittelt und mit dysfunktionalen, hinderlichen Verhaltens- und Erlebnismustern empathisch konfrontiert.
- die Grenzen setzende, konsequent führende Therapeutin, die zu neuen Lernerfahrungen ermutigt, an gemeinsam formulierte Therapieziele erinnert und ungesunde Strategien immer wieder konfrontiert sowie ggf. mit Konsequenzen reagiert.
- die neugierige, wissenschaftlich interessierte Erwachsene, die auch bizarre Geändnisse wertneutral annimmt und gemeinsam mit den Patient\*innen untersucht, welchen Sinn diese Verhaltensweisen machen.

Die therapeutische Beziehung wird trotz aller Bemühungen um Transparenz des schematherapeutischen Behandlungsansatzes nicht auf Augenhöhe zwischen zwei gesunden Erwachsenen gestaltet. Schematherapeut\*innen überlegen, welche Kernbedürfnisse in der Kindheit und Jugend der Patient\*innen nicht erfüllt oder zu viel erfüllt wurden und leiten daraus ab, was der / die Patient\*in heute braucht. Sie versuchen, diese zu befähigen, ihre Bedürfnisse wahrzunehmen und zu erfüllen bzw. mit Frustrationen umzugehen. Selbstöffnung der Therapeut\*innen erfolgt gezielt und dosiert, sie dient nur der Weiterentwicklung der Patient\*innen. Eigene Schemata und eigene Modi der Therapeut\*innen sollen Gegenstand der Supervision und der Eigenreflektion sein und die Interaktion mit den Patienten nicht unkontrolliert beeinflussen. Sofern ich mich als Psychotherapeutin also angegriffen, verletzt, ärgerlich oder anderweitig emotional angesteckt fühle, sollte ich diese Themen reflektieren und bearbeiten, so dass ich den Patient\*innen wieder als gesundes Erwachsenen-Modell zur Verfügung stehen kann. Aus meinen eigenen Reaktionsmustern kann ich jedoch etwas für die Arbeit mit den Patient\*innen ableiten. Sie dienen mir als Inspiration für die Einfühlung in unterschiedliche Anteile der Patient\*innen und

als Blaupause für mögliche Reaktionen anderer Menschen in der Umgebung der Patient\*innen.

### **Fallbeispiel aus einer Beratungsstelle zur Verdeutlichung des therapeutischen Rollenmodells**

Die Fallgeberin Frau H. ist Psychotherapeutin und stellt die Krankenschwester Frau F. vor, die unter Alkoholabhängigkeit, rezidivierender Depression bei zugrundeliegender Borderline-Persönlichkeitsstörung leidet. Die Patientin hält sich in der Therapie überwiegend im Modus des braven Mädchens auf, das an den Lippen der Therapeutin hängt und nach Rat und Regeln fragt, die es brav befolgt. Die Therapeutin Frau H. fühlt sich damit zunehmend unwohl. Sie möchte Frau F. zur Übernahme von mehr Eigenverantwortung anregen und sich nicht als Ratgeberin in eine dominante Beziehungspartnerin drängen lassen. Nach einiger Zeit erfährt Frau H., dass Frau F. eine geheime andere Seite habe, die heimlich angefangen habe, Alkohol zu konsumieren. Das sei durch den kontrollierenden, strengen und dominanten Ehemann heraus gekommen. Dieser Modus wird als der Rausch-Modus der Patientin bezeichnet. Die Fallgeberin bemerkt, das mache etwas mit der Beziehung zwischen ihr und der Patientin, sie könne der Patientin Frau H. nicht mehr trauen. Wie könne sie nun mit diesem Misstrauen umgehen?

In der Supervision stellen wir vier Stühle auf die Bühne. Zwei Stühle symbolisieren die Modi Braves Mädchen und Rausch-Zustand. Für sich wählt die Fallgeberin einen Stuhl für die empathische Therapeutin und einen Stuhl für die Grenzen setzende Therapeutin. Damit wird ihr innerer Konflikt symbolisch auf der Bühne dargestellt. Die Fallgeberin setzt sich im psychodramatischen Stehgreifspiel explorierend auf die verschiedenen Stühle und fühlt sich in die einzelnen Perspektiven ein. Als Supervisorin leite ich sie an und interviewe sie zu den Gefühlen und Einfällen, die sie auf den Positionen hat. Bei der Fallgeberin kommt es zu einem kreativen Sprung<sup>35</sup>, indem ihr bewusst wird, wie schwer es ihr fällt, der Patientin gegenüber Grenzen zu setzen und wie gern sie sich im empathischen Rollenanteil aufhält. Sie möchte sich in den Rollenanteilen Empathie und Grenzsetzung besser ausbalancieren und gezielter intervenieren. Im Probehandeln übt Frau H., wie sie Grenzen setzen kann. Andere Kolleg\*innen werden hierbei und in der Gruppenauswertungsphase miteinbezogen. Das Thema, darf ich als Therapeutin gegenüber schwer erkrankten Suchtpatient\*innen „harte, strenge“ Grenzen setzen, beschäftigt die

<sup>35</sup> Der kreativer Sprung wird zum als Bestandteil des Kreativen Zirkels beispielsweise dargestellt in von Ameln, F., Kramer, J.: Psychodrama: Grundlagen. 2014, Berlin, 3. Auflage, S. 159f.

Fallgeberin in zahlreichen weiteren Supervisionssitzungen. Später wird deutlich, dass eigene Grundannahmen die Durchsetzungskraft und Klarheit der Fallgeberin behindern.

Die eigene Rollenidentität als Schematherapeutin hilft mir als Supervisorin darin, das Rollenrepertoire der Supervisand\*innen einführend zu verstehen und Rollenkonflikte szenisch darzustellen und gegebenenfalls aufzulösen. Handlungsleitend kann ein Artikel von Falko von Ameln, Konrad Schnabel und Christian Stadler<sup>36</sup> sein, in dem ein Konzept zur Arbeit mit inneren Anteilen vorgestellt wird. Von Ameln et al. schlagen vor, im ersten Schritt, die verschiedenen inneren Anteile herauszuarbeiten, im zweiten Schritt die inneren Anteile zu explorieren. Im dritten Schritt kommt es zur Interaktion im szenischen Spiel. Anschließend erfolgt in Schritt 4 die Integration durch Analyse des Zusammenspiels der inneren Anteile, die Identifizierung von Ressourcen und Hindernissen und schließlich die Entwicklung einer Veränderungsstrategie. Im 5. und letzten Schritt wird mit einer Realitätsprobe die psychodramatische Arbeit mit inneren Anteilen abgeschlossen<sup>37</sup>. In der supervisorischen Praxis können meiner Ansicht nach teilweise nicht alle Schritte durchlaufen werden. Fallgeber entscheiden sich aus verschiedenen Gründen manchmal, die Arbeit an dem Fall früher abzuschließen. Sofern es zu einem kreativen Sprung innerhalb des kreativen Zirkels<sup>38</sup> gekommen ist, wäre es natürlich wünschenswert weitere Schritte supervisorisch zu begleiten, aber hierfür fehlt zum Teil die Zeit, manchmal auch das Vertrauen im Team oder die Fallgeber sind überzeugt, auf ausreichend berufliches Handwerkszeug zurückgreifen zu können, um den Erkenntnisgewinn in das praktische Alltagshandeln umzusetzen.

#### **4.2 Die Rolle als Lehrtherapeutin für Schematherapie**

Als Lehrsupervisorin für Schematherapie werde ich von verschiedenen Kolleg\*innen aufgesucht, um diese dabei zu unterstützen, das in Fortbildungscurricula erworbene Fachwissen in der psychotherapeutischen Behandlung fachgerecht anzuwenden. Beispiele für Fragestellungen in der Einzellehrsupervision sind Fragen nach der Indikation, der Fallkonzeption, der Behandlungsplanung, der Gestaltung der therapeutischen Beziehung und der fachgerechten Anwendung der Interventionen (z.B. Einsatz von Imaginationsübungen, Stuhldialogen, Schemamodusmodellen). Üblicherweise orientiert sich die Durchführung der Lehrsupervision an den Standards der ISST (International Society of Schema Therapy). Die Rolle der Lehrsupervisorin wird relativ klar definiert als eine Art

---

<sup>36</sup> Von Ameln, F., Schnabel, K., Stadler, C.: Psychodramatische Arbeit mit inneren Anteilen. In: Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie. 2019, 18, S. 23-40.

<sup>37</sup> Von Ameln, Schnabel, Stadler, ebd., S. 24

<sup>38</sup> Von Ameln, Kramer, ebd., S. 159 f.

Fachaufsicht, die bei der fachgerechten Anwendung theoretischen Wissens in der therapeutischen Praxis hilft, korrigiert, Denkanstöße gibt und zu Diskussionen anregt. Neben der Rolle als Fachaufsicht bin ich Begleiterin der Entwicklung zur Schematherapeutin und ermutige Kolleg\*innen darin, schematherapeutische Methoden anzuwenden und ein therapeutisches Beziehungsangebot zu machen, das in herkömmlichen Verhaltenstherapien nicht in dieser Form der begrenzten Nachbeelterung erfolgt. Auftretende Schwierigkeiten bei der Anwendung führen nicht selten zu Verunsicherungen bei Kolleg\*innen und häufiger werden private Problemlagen und eigene Modi thematisiert, welche wiederum auf die Beziehungsgestaltung mit den Patient\*innen Einfluss haben.

Hier habe ich mich gefragt:

Inwieweit kann im Rahmen der schematherapeutischen Lehrsupervision mit szenisch-kreativen Methoden gearbeitet werden?

Welcher Erkenntnisgewinn ergibt sich aus der zusätzlichen Verwendung szenisch-kreativer Methoden?

Diese Fragen sollen exemplarisch anhand von zwei Einzelsupervisionen und weiteren theoretischen Überlegungen beantwortet werden.

**Mit szenisch-kreativen Methoden einen Umgang mit akuter Kränkung der Supervisandin finden ODER die Aktivierung eigener Modi behindert die Supervisandin**

In der Einzellehrsupervision mit einer jungen Supervisandin kommt diese nach einigen Sitzungen aufgewühlt in meine Praxis. Sie habe gerade den Anrufbeantworter abgehört und dort erfahren, dass eine Patientin die Therapie ihres Kindes abbrechen möchte. Die Patientin handelt auf Rat eines älteren Psychotherapeuten. Dieser habe ihr geraten, die Therapeutin ihres Kindes zu wechseln und seine Meinung mit expliziten Abwertungen begründet. Die Supervisandin ist sehr aufgebracht, fühlt sich gekränkt, verletzt und weint. Sie möchte zu dieser Thematik in der Supervision arbeiten.

Eine weitere Erwärmung im Sinne des kreativen Zirkels<sup>39</sup> aus dem Psychodrama ist nicht nötig, die Supervisandin ist sofort zu einer szenisch-kreativen Darstellung bereit. Sie stellt auf der Tischbühne mittels Tiersymbolen ihre Reaktion dar. Zuerst bitte ich sie, für sich selbst ein Symbol auf der Bühne zu platzieren. Sie wählt eine Muschel, die sie in die Mitte der Bühne legt. Weitere Anteile werden gestellt, und wir wechseln zwischen der Einfühlung in die Protagonistin auf der Tischbühne und dem psychodramatischen Spiegel, indem wir gemeinsam auf das Geschehen blicken, aufstehen und um den Tisch mit den Symbolen herumgehen. Dadurch gewinnt die emotional aufgewühlte Supervisandin

<sup>39</sup> Von Ameln, Kramer, ebd., S. 158 ff.

wiederholt an innerem Abstand und erlangt mehr Überblick über ihre eigene innere Situation. Zuerst nimmt sie einen Löwen, der ihre „vorpreschende Art“ repräsentiert. Sie kennt von sich eine sehr aktive, schnelle Art, sich beispielsweise in Rollenspielen, Prüfungen, Seminaren einzubringen. Der kämpferische, starke Löwe hat Vor- und Nachteile. Sie benennt selbst, dass sie dadurch auch Fehler mache und manchmal gegen eine Mauer renne. Dann ziehe sie sich zurück und zeige ihre Unsicherheit nicht. Die Supervisandin nimmt für den Rückzug die Schildkröte und für ihre unsichere, gekränkte Seite den kleinen Schlumpf. Sie erkennt selbst die Funktion der überkompensatorischen Strategie für ihre verletzliche, unsichere Seite. Beide Anteile und deren Wechselwirkung werden schematherapeutisch als vulnerabler Kindmodus und als überkompensatorische Überlebensstrategie benannt, hier in der psychodramatischen Aufstellung spielerisch mit Tiersymbolen in ressourcenorientierter Art dargestellt und genutzt. Durch Einnehmen der Spiegelposition und Herumgehen um die Tischbühne taucht die Frage auf, ob noch etwas fehlt. Die Supervisandin bejaht und nimmt spontan den Elefanten als Symbol für den Leistungsfordernden Anteil in ihr. Aus dem psychodramatischen Spiegel betrachtet sie das Bild der Tischbühne, die Position und Größe des Elefanten. Sie überlegt, dass er zu recht die größte Figur auf der Bühne ist. In der Folge arbeiten wir lösungsorientiert an der Verbesserung der Situation der Supervisandin. Wie kann es weiter gehen? Sie möchte ein Abschlussgespräch mit der Mutter des Patienten führen. Ihr Anliegen ist es, in eine souveräne Haltung als Psychotherapeutin zu kommen, um das Abschlussgespräch zu initiieren und durchzuführen. Die Supervisandin benennt den Elefanten, das Symbol für den Leistungsfordernden Elternmodus, der sie innerlich kritisiert und antreibt, als größtes Hindernis dafür, diese Haltung einzunehmen. Sie stellt den biographischen Bezug zum Leistungsfordernden Vater her und benennt Schlüsselszenen aus ihrer Kindheit, in denen sie sich so wie heute im Kontakt mit dem Psychotherapeuten der Mutter des Patienten gefühlt hat. Wie kann sie sich von dem inneren Druck befreien, den ihr diese Kritik bereitet? Sie experimentiert mit der Position des Elefanten, nimmt ihn sogar von der Tischbühne, kniet sich vor den Tisch und spürt, wohin sie ihn stellen möchte, damit sie sich als Protagonistin souverän in ihrer Rolle als Therapeutin fühlt, wenn sie in das Abschlussgespräch mit der Mutter des Patienten geht. Sie darf es sich leicht machen, nimmt sie als ermutigenden Abschlussatz mit.

Was habe ich bei dieser Supervision in Bezug auf die Fragestellung dieser Arbeit gelernt?

Die szenisch-kreativen Elemente in Form von Tiersymbolen auf der Tischbühne lassen sich problemlos von der Supervisorin anwenden. Dabei symbolisieren die Tiere einzelne Modi der Protagonistin. Somit ist die Arbeit mit den inneren Anteilen der Protagonistin im Psychodrama (Teile-Arbeit, innere Bühne) Arbeit mit dem Modusmodell in der Schematherapie vergleichbar.

Im Gegensatz zur Schematherapie wird die Supervisorin hier zuerst gebeten, ein Symbol für sich selbst zu wählen. Die Protagonistin kann als der erwachsene Modus verstanden werden.

Im psychodramatischen Spiegel gehen Supervisorin und Supervisorin gemeinsam reflektierend um die aufgebaute Szene herum und bewegen sich so auf einer Metaebene.

Der Einsatz der Symbole bringt Leichtigkeit und Humor in die emotionale Verfassung der Supervisorin. Zugleich bietet die Tiersymbolik einen intuitiven Zugang zur inneren Psychodynamik. Im Gegensatz zur Schematherapie existiert im szenisch-kreativen Spiel kein Drehbuch und keine definierte vollständige Moduslandkarte. Hier wirkt für den Ablauf des Spieles der kreative Zirkel<sup>40</sup> und die Intuition der Supervisorin handlungsleitend. Das Spiel ist beendet, wenn eine Erleichterung eintritt, ein kreativer Sprung und eine Veränderung in Bezug auf die Handlungsperspektiven.

Im Fallbeispiel hat die Supervisorin erkannt, welche inneren Anteile hinderlich auf ihre souveräne Haltung wirken. Sie kann sich distanzieren von inneren Kritikern, die vermehrt Leistung fordern und innerlich verunsichernd wirken. Mit diesem kreativen Erkenntnisgewinn geht die Supervisorin imaginär in die Vorstellung, wie sie jetzt das Abschlussgespräch gestalten wird. Sie beendet die Supervision tatsächlich mit einer Realitätsprobe, in der sie formuliert, was sie der Mutter sagen möchte, wenn diese zum Abschlussgespräch erscheint.

Durch die lebendige Gestaltung der Szene auf der Tischbühne kommen bei der Frage, wie kann es weiter gehen, einen kleinen Schritt besser werden, Imaginationen zu einem positiven Ausgang ins Spiel. Durch die Einfühlung in die verschiedenen Anteile können Hindernisse vorweg genommen und entschärft werden. Supervisorinnen können mutig ausprobieren, was sie später umsetzen, ohne in alte Verhaltens- und Erlebensmuster zu fallen.

---

<sup>40</sup> Von Ameln, Kramer, ebd. 158 ff.

Die szenisch-kreative Methode eignet sich auch um die Therapiebeziehung zwischen Supervisandin und ihren Klientinnen zu betrachten und der Supervisandin einen Raum zu geben, in der sie selbst entdecken kann, wie sie sich anders verhalten kann.

### **In der Lehrsupervision die Behandlungsplanung mit szenisch-kreativen Methoden lebendiger gestalten**

In der Lehrsupervision einer Kollegin wird der Fall einer selbstunsicher, ängstlich-vermeidenden jungen Studentin vorgestellt. Die Kollegin möchte erfahren, wie die weitere schematherapeutische Behandlungsplanung aussehen kann.

Um die Behandlungsplanung anschaulich vorzustellen, nehme ich verschiedene Symbole für verschiedene Modi der Studentin und positioniere sie auf der Tischbühne. So symbolisiert der Igel den Rückzug in die Vermeidung Angst auslösender Situationen, die unsicher-verletzliche Seite wird durch einen jungen Tiger dargestellt. Der stark kritische, Leistung fordernde Elternmodus wird durch das Krokodil symbolisiert. Ein gesunder, erwachsener Modus wird in Form einer zum Flug ansetzenden Eule auf der Tischbühne dargestellt. Anhand der Interaktion dieser Modi kann die Behandlungsplanung für die junge Studentin kreativ in Szene gesetzt werden. Als Lehrsupervisorin kann ich die einzelnen Modi in die Hand nehmen und die notwendige Behandlung beschreiben. So soll im Verlauf das Krokodil in einen größeren Abstand gebracht werden zu dem verletzten, unsicheren Kindmodus. Der gesunde Erwachsene in Form einer Eule wird näher heran gerückt und erläutert, wie diese innere Dynamik in der Patientin durch schematherapeutische Interventionen unterstützt werden kann.

Die Lehrsupervisandin wirkt zunächst überrascht von der ihr völlig ungewohnten szenisch-kreativen Arbeit. Aber die intuitiv zugängliche Symbolisierung der Modi leuchtet ihr schnell ein, sie lächelt und beginnt sich spielerisch mit den Symbolen zu befassen, zu hinterfragen und zu vergleichen. Sie überlegt selbst mit derartigen Symbolen zu experimentieren.

Die Darstellung des Modusmodels mittels Symbolen auf der Tischbühne gelingt spontan und mühelos. Die Tiersymbolik in Form von Schleichfiguren kann sehr gut genutzt werden, um die positiven Qualitäten der Modi darzustellen. Gleichzeitig gelingt es so, Behandlungsschritte spielerisch zu vermitteln. Szenen prägen sich allgemein besser bei Menschen ein, als verbale oder schriftliche Informationen. Allerdings besteht bei dieser Vorgehensweise ein Risiko darin, die Supervisandin durch die neue Symbolik zu überfordern. Daher wäre ein Modusmodell am Whiteboard als Ergänzung oder Begriffe zu

den Symbolen auf Moderationskarten auf der Tischbühne eine Idee zur besseren Verbindung der Darstellungsformen.

### **4.3 Der Rollenwechsel von der Dozentin für Fortbildungen im psychosozialen Bereich zur Supervisorin**

Neben der Rolle als Schematherapeutin und der Rolle als Lehrsupervisorin für Schematherapie gehörte die Rolle als Dozentin für Fortbildungen im psychosozialen Bereich zu meinen beruflichen Tätigkeitsbereichen. In verhaltenstherapeutischen Lehrsupervisions- und Fortbildungsveranstaltungen werden häufig kurze Videos mit einer Therapiesituation von einer Fallgeberin angespielt und anschließend ein Schemamodusmodell am Flipchart von dem / der Dozent\*in entworfen. Anhand dieses Modusmodells werden Behandlungspläne und Interventionsideen entwickelt, deren Umsetzung im Rollenspiel zwischen Supervisor\*in und Supervisand\*in improvisierend angespielt werden. Auch in eigenen Fortbildungsveranstaltungen war ich es gewohnt, mit Kurzvorträgen, Visualisierungen, Übungen und Rollenspielen Wissen zu vermitteln und die Diskussionsbeiträge im Fachpublikum zugunsten der Wissensvermittlung eher klein zu halten.

Mit diesem Rollenrepertoire als Dozentin ging ich implizit an den Start als Supervisorin und so geriet ich anfangs leicht in die Rolle der Dozentin, was insbesondere durch die schnelle Anfertigung eines Modusmodells am Flipchart eingeleitet und verstärkt wurde.

#### **Fallbeispiel zur Verdeutlichung des Rollenwechsels von der Dozentin zur Supervisorin**

In der Beratungsstelle wurden Frauen mit Suchterkrankungen und weiteren Diagnosen wie Traumatisierungen, Depressionen, Angststörungen, psychosomatischen Symptomen vorgestellt. Um die Fallbesprechung zu vereinfachen und zu beschleunigen, begann ich anfangs, aus der Falldarstellung der Fallgeber\*in am Flipchart ein Modusmodell zu entwerfen und geriet dann leicht in die Rolle der Dozentin statt der Supervisand\*in selbst den Raum zur Reflektion ihrer Themen und Fragestellungen zu geben und diesen Rahmen zu halten, was meine Aufgabe als Supervisorin ist. Im weiteren Verlauf entschied ich mich, erstens der Fallgeberin die Wahl zu stellen, ob sie mit mir ein Modusmodell und Fallkonzept entwickeln oder ob sie an anderen Fragestellungen und Anliegen arbeiten möchte. Wenn jetzt eine Vermittlung fachlicher Inhalte gewünscht wird, mache ich den Rollenwechsel vorher und nachher kenntlich, um keine Verwirrung entstehen zu lassen und um die Supervisand\*innen auch wieder aus der Haltung der Fortbildungskonsument\*innen zu entlassen.

In der oben genannten Beratungsstelle führte ich neben der regelmäßigen Supervision verschiedene Fortbildungsvormittage zu ausgewählten Themen durch. Hier konnte ich getrennt von der Teamsupervision fachliches Wissen beispielsweise zur schematherapeutischen Behandlung von Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen, zur Bearbeitung von Scham und Schuldgefühlen bei Suchtpatient\*innen und zur schematherapeutischen Beratung von Suchtpatient\*innen vermitteln.

Psychodramatische Handlungstechniken bereicherten wesentlich die Durchführung dieser Fortbildungen. So konnte ich das Modusmodell auf dem Boden mit Moderationskarten visualisieren und anschließend einzelne Personen auf die Bodenanker für einzelne Modi stellen. Die Beraterinnen konnten sich einfühlen in die Modi, typische Sätze aussprechen und Körperhaltungen einnehmen. Die szenische Darstellung der Behandlungsschritte im Rahmen einer Schematherapie gelang so eindrucksvoll. Die Psychotherapeutin Frau H. sagte beispielsweise als strafende Kritikerin, die Patientin sei dumm, faul und wertlos. Die Kollegin am Platz des verletzten Kindmodus konnte die Wirkung dieser Sätze einfühlen und im Spiel darstellen, während die Beraterin als gesunde Erwachsene die strafende Kritikerin aus dem Raum führte und vor die Tür stellte. Damit konnte das Modusmodell kreativ in Szene gesetzt werden. Neben der Leichtigkeit und der aktiven Bewegung im Raum bot diese Aufstellung der Teilnehmenden die Möglichkeit, sich einzufühlen und das schematherapeutische Modell besser zu verstehen und zu verinnerlichen, aber auch Fragen im Raum stehend zu stellen.

Die Fragestellung der Beratungsstelle, wie lässt sich Schematherapie in der Beratung von Suchterkrankten und deren Angehörigen umsetzen, stellte mich in der Vorbereitung der Fortbildungseinheit vor besondere Herausforderungen. Hierzu existiert keine Literatur und ich beschloss, mit den Teilnehmenden ihre Rollenerwartungen, ihre Aufgaben und Beziehungsangebote als Therapeutinnen im Gegensatz zum Angebot als Beraterin zu erarbeiten. In Kleingruppen erarbeiteten die Teilnehmenden auf Moderationskarten Antworten auf die genannten Fragen. Die Arbeitsgruppen stellten in der Teamrunde ihre Ergebnisse vor und legten sie auf dem Boden in die mit Seilen gekennzeichneten Kreise für Beratung und Therapie. Überschneidungen wurden in der Schnittmenge platziert. Anschließend bearbeiteten wir Beispielfälle, indem wir die Beraterinnen aus den jeweiligen Raumpositionen sprechen ließen.



#### **4.4 Die Rolle als Supervisorin in der Fall- und Teamsupervision von Gruppen**

Viele Teams und Einzeltherapeut\*innen leisten sich heutzutage eine kontinuierliche Supervision ihrer beruflichen Praxis, die Teilnahme an den Sitzungen ist zwar verpflichtend, wird aber von den Teilnehmenden unterschiedlich hilfreich bewertet.

Manche Teilnehmende möchten lieber andere Arbeiten erledigen statt sich in einer Besprechung auszutauschen, während andere sich auf die Gelegenheit zur Reflektion schwieriger Fälle freuen und berufliche Belastungen bearbeiten wollen. Die Einstellungen zur Supervision sind sehr vielfältig und daher bedarf es viel Fingerspitzengefühl und Einfühlungsvermögen, um die Rolle der Supervisorin auszufüllen. Nicht selten bestehen länger anhaltende, ungelöste Teamkonflikte, deren Bearbeitung Ängste, Wut und Hilflosigkeit sowie bewährte Überlebensstrategien auslösen können. Hier benötigen Supervisor\*innen eine professionelle Souveränität und Handwerkszeug, um den Prozess des Teams konstruktiv zu begleiten.

Im Gegensatz zur Lehrsupervision, in der beide Seiten von dem praktizierten Verfahren überzeugt sind, finden sich in der Gruppensupervision sowohl Kritiker, Skeptiker, Ahnungslose und Begeisterte zu einer Gruppe zusammen. Ob die Teilnehmenden sich von dem angewandten Verfahren und der Person der Supervisorin überzeugen lassen, ob sie

überhaupt zu einer szenisch-kreativen Darstellung ihrer Konfliktlagen bereit sind oder ob sie sich distanzieren und womöglich zu anderen Supervisor\*innen mit anderen Verfahren wechseln, ist völlig unklar. Insgesamt ist die Supervisionssituation wesentlich weniger kontrollierbar, unübersichtlich und benötigt Improvisationstalent.

Bei der Auseinandersetzung mit der persönlichen Rollenentwicklung zur Supervisorin wurde mir deutlich, dass manches aus den Rollen der Schematherapeutin, der Lehrsupervisorin, der Dozentin übertragbar ist.

Als Supervisorin

- stelle ich eine Beziehung auf Augenhöhe zu Erwachsenen her.
- halte ich in der Gruppe den Rahmen, um Vertrauen und Schutz zu gewährleisten
- stelle ich eine Reflektionsebene / Metaebene zur Verfügung ohne zu belehren oder fachliches Wissen ungefragt zur Verfügung zu stellen
- fördere ich Kreativität und Spontaneität und biete den Raum für kreative Inszenierungen an
- ermögliche ich eine Erwärmung für die Gruppe und die Themen der Teilnehmenden
- verlangsame ich ggf. Prozesse, insbesondere wenn emotionsaktivierende Übungen durchgeführt werden
- ermögliche ich den Transfer in die Praxis
- bin ich für Kritik, Unlösbares offen
- fühle ich mich in die Verletzlichkeit der Supervisand\*innen ein
- setze ich ggf. Grenzen, thematisiere ich ggf. Regeln
- achte ich auf den Gruppenprozess und die Rollen der Teilnehmenden
- höre ich auf Ungesagtes, ohne es sichtbar machen zu müssen
- versuche ich, eigene narzißtische Seiten wahrzunehmen und zu reflektieren
- übernehme ich Führung mit weiblicher Intuition und männlicher Stärke. Neben empathischer Fürsorge findet Orientierung und Grenzsetzung ihren Platz.

Die folgenden Beispiele aus der praktischen Arbeit mit szenisch-kreativen Elementen werden beschrieben und hinsichtlich der Fragestellung der Arbeit ausgewertet.

**Fallbeispiel aus einer Beratungsstelle: die psychodramatische Aufstellungsarbeit zeigt Teile des Modusmodells des Fallgebers**

Der Sozialarbeiter Herr Z. schildert eine Szene in der Paarberatung, die ihn sehr lange unangenehm beschäftigt hat. Er hatte mit einem Paar eine Übung zur Nähe-Distanz-Regulation durchgeführt, in der beide aufstehen und sich mit großer Distanz gegenüber stehen. Die Aufforderung des Paarberaters lautete: „Bitte gehen Sie aufeinander zu und regulieren Sie einen für beide angenehmen Abstand!“ Im Verlauf der Übung habe der Ehemann, ein wenig gesprächiger Handwerker, seiner Frau, einer dominant wirkenden, sehr gesprächigen Verkäuferin, plötzlich an den Hals gegriffen und lächelnd gesagt: „Passt schon!“. Diese Szene beschäftigt den Fallgeber Herrn Z. sehr, er sei schockiert gewesen. Die Szene verfolge ihn regelrecht in sein Privatleben, er werde sie nicht los. Sein Anliegen ist es, die Paardynamik besser zu verstehen und Interventionsideen zu entwickeln.

Spontan entscheidet sich der Fallgeber, sein Anliegen psychodramatisch auf die Bühne zu bringen. Herr Z. stellt zunächst drei Kolleginnen für sich selbst und die beiden Eheleute auf die Bühne. Er zeigt, wie sich die Beteiligten verhalten haben und die Szene wird mehrfach nachgespielt, wobei Herr Z. und die Supervisorin am Bühnenrand stehen. Durch Rollentausch und Interview in den verschiedenen Rollen entwickelt Herr Z. ein zunehmend anderes Verständnis der Szene. Zuerst bekommt er „kalte Füße“, findet das Verhalten des Ehemannes „schlimm“, während er in der Rolle des Beraters steht. Nach Rollentausch in die Rolle der Ehefrau fühlt sich das Geschehen plötzlich anders an. Herr Z. empfindet das Verhalten spielerisch, harmloser. Nach Rollentausch in die Position des Ehemannes merkt er, wie wenig Worte ihm zur Verfügung stehen, um Nähe und Distanz zu regulieren. Er möchte die Ehefrau auf Armlänge an sich heranlassen und führt den Arm wie eine Messlatte an deren Hals. „Passt schon!“ gewinnt eine plötzlich eine völlig andere Bedeutung, wie ein Maßband in der handwerklichen Tätigkeit wird der Arm von dem Ehemann eingesetzt, um die passende Distanz auszudrücken. Im Spiegel am Bühnenrand der Szene erzählt der Fallgeber berührt, dass ihn die Szene an eigene biographische Erfahrungen in der Kindheit erinnert, in der er von Frauen dominiert wurde. Nun sehe er das Verhalten des Klienten aus Sicht des Beraters eher verbrüdernd, unbeholfen, witzig gemeint. Die weitere Fallarbeit wendet sich dann mittels Rollenfeedback und Sharing den Interventionsideen und der Paardynamik zu.

Was habe ich als Schematherapeutin aus dieser psychodramatischen Aufstellungsarbeit zum Fall gelernt?

Die psychodramatische Aufstellungsarbeit führt mittels Rollentausch und Reflektion bei dem Fallgeber zu neuen Einsichten, die aus dem schematherapeutischen Modusmodell theoretisch interpretiert werden können. Herr Z. bemerkt, dass er aus der Rolle als Berater

gefallen ist. Er hat das Verhalten des Paares aus dem Blickwinkel des eigenen verletzten Kindmodus heraus wahrgenommen und sich dabei mit der Ehefrau identifiziert. Herr Z. deutete an, selbst Gewalt erfahren zu haben und dominiert worden zu sein. Das unterlegene, traumatisierte Kind in ihm versteht den Ehemann als Täter, die Frau als Opfer und er reagiert aus dieser Perspektive heraus schockiert auf das Verhalten seines Klientels. Durch die Arbeit auf der Bühne, den Rollentausch und den Wechsel auf die reflektierende Ebene am Bühnenrand kann der Fallgeber selbst erkennen, dass er aus Sicht des gesunden Erwachsenen und Beraters andere Interpretationsmöglichkeiten zur Verfügung hat. Damit erlebt er sich nicht mehr „wie gelähmt“ und „schockiert“, eine Überlebensreaktion aus der Kindheit, in der es ihm vermutlich nicht möglich war, sich gegen dominante Bezugspersonen zu wehren. Er wird wieder handlungsfähig und kann sich vorstellen, die Interventionsideen des Teams aus seiner erwachsenen Position heraus anzuwenden.

Die psychodramatische Aufstellungsarbeit ermöglicht einen Einblick in das Modusmodell des Fallgebers, ohne ihn zu beschämen oder im Gespräch zu interpretieren. Der Vorteil des psychodramatischen Geschehens auf der Bühne besteht darin, dass der Fallgeber selbst reflektiert und handelnd einsieht, welche Modi bei ihm aktiviert werden. In der Nachbesprechung kommt es darauf an, den Fallgeber vor zu stark interpretativen und beschämend oder kritisierend wirksamen Rückmeldungen aus dem Team zu schützen. Auch hier bietet die psychodramatische Methodik mit dem Rollenfeedback und dem Sharing ein ausgezeichnetes Handwerkszeug. Interessanterweise gehörte es zur Aufgabe als Supervisorin, einige dominante Kolleg\*innen mit ihren wertenden, Rat gebenden Äußerungen zu begrenzen, um den Fallgeber zu schützen. Herr Z. wirkt in seiner Rolle als verletzlicher Kollege aus psychodramatischer Sicht entwicklungsfördernd für das Teamklima. Er zeigt anderen, dass es möglich ist, sich in der Supervision persönlich zu öffnen, als Mann sogar zu weinen und in der Gruppe integriert zu sein.

#### **Fallbeispiel aus der Beratungsstelle: Modusmodell auf der inneren Bühne**

In einer späteren Arbeit wird die innere Bühne des Beraters Herrn Z. weiter sichtbar. Herr Z. möchte herausfinden, warum er oft so mutlos an einem Projekt arbeitet, obwohl das Projekt von den Geldgebern, der Politik, der Geschäftsleitung, den Kolleg\*innen und dem Klientel so viel Zuspruch erhält. Er stellt auf der psychodramatischen Bühne seine innere Psychodynamik dar. Wiederholt weint Herr Z. Er möchte seine innere Welt mit Symbolen aufstellen und nicht mit Personen, da ihm das zu nah sei. Die mutlose, unsichere Seite in ihm symbolisiert er mit einer Schildkröte auf einem orangenen Tuch. Sie sei allein und langsam, aber auch selbstgenügsam. Sie käme allein klar, brauche ihr

eigenes Tempo. Die Traurigkeit, seine innere Rührung, stellt er mit einer Schatzkiste dar. Diese Rührung wird oft in der Arbeit mit traumatisierten Kindern ausgelöst. Der Strategie in ihm, der Sozialarbeiter, der kompetente, anerkannte Arbeit leistet, wird von ihm mit einer Taschenlampe auf die Bühne gebracht. Der gute Geist der Arbeit wird als flexible und sich bewegende Figur in Form eines gelben Balles mit Smiley symbolisiert, welche durch das Geschehen wandert. Die Arbeit an diesen Modi wird auf der Bühne und in der Teamrunde fortgesetzt, hier soll dieser Ausschnitt genügen.

Was habe ich aus dieser Arbeit in Bezug auf die Fragestellung dieser Arbeit gelernt?

Die Arbeit mit den verschiedenen Anteilen kann erneut aus schematherapeutischer Perspektive theoretisch verstanden werden. Teile des Modusmodells des Beraters werden symbolisch auf der Bühne dargestellt. Der verletzte Kindmodus in zwei Facetten (Schatzkiste und Schildkröte) und der gesunde Erwachsene (Taschenlampe) sind leicht zu erkennen. Aber hier kommt im Sinne der surplus reality<sup>41</sup> des Psychodramas der gute Geist der Arbeit hinzu, der Smiley-Ball, der durch die Szene rollt. Diesen Anteil finden wir nicht im Modusmodell der Schematherapie, aber er kann Lösungen auf einer unwirklichen, imaginären Ebene initiieren, wo in der Realität manches festgefahren wirkt. Durch die Symbolisierung auf der psychodramatischen Bühne werden innere Modi sichtbar dargestellt, das Team versteht mehr von der inneren Welt der Kolleg\*innen und kann sich gegenseitig mehr vertrauen und unterstützen. Die Aufgabe der Supervisorin besteht darin, den Rahmen der Supervision zu halten, um nicht in eine therapeutische Arbeit zu geraten und immer wieder den Bezug zur beruflichen Rolle herzustellen.

Die Arbeit an den inneren Anteilen des Beraters Herrn Z. fand in einer weiteren Supervision für das gesamte Team eine Erweiterung.

#### Haltung der Berater\*innen mit szenisch-kreativen Methoden bearbeiten

Nach anfänglicher Eingangsrunde fand das Team der Beratungsstelle nur „halbe Themen“, keine / r war wirklich entschlossen, eine Einzelarbeit zu Beginn vorzustellen. Nach einiger Diskussion einigte sich das Team der kirchlichen Beratungsstelle auf ein gemeinsames Thema. Die Fragestellung lautete: Mit welcher Haltung gehen wir als Berater\*innen an unsere Arbeit heran?

In einer kurzen Pause entschied ich mich, dem Team folgende Übung vorzuschlagen: In der Mitte des Raumes breitete ich ein großes blaues Tuch aus, das als der Beratungsraum

<sup>41</sup> Surplus reality Literaturangabe suchen

gekennzeichnet und von einem Seil umrundet und begrenzt wurde. Anschließend bat ich die Teammitglieder, 3-5 Symbole aus meiner Symbolsammlung für sich auszusuchen, mit denen sie ihre Auffassung zur Fragestellung vorstellen konnten. Nach der Vorstellungsrunde kam es zu einem regen Austausch innerhalb des Teams. Etliche Teammitglieder nahmen Symbole für innere Anteile wie den Schlaufuchs (Fuchs als Tierfigur), den Weisen (Alter Mann als Fingerpuppe), den frechen Provokateur (Räuber als Legofigur), die Einfühlsame (Herz), die Wissenschaftlerin (Lupe), um ihre Haltungen in der Berufsrolle vorzustellen. Manche stellten einzelne Anteile auf die Grenze zwischen Berufsrolle und anderen Feldern, womit sie zeigten, dass diese Persönlichkeitsanteile weniger klar zur beruflichen Rolle gehören, so die Wilde, die Abenteurerin. Manche Teilnehmenden stellten ein symbolisches Bild. Beispielsweise stellte eine Beraterin zwei Figuren für sich, die Beraterin, und die andere Person, die Ratsuchende auf und legte einen Ball zwischen die beiden für das Thema, mit dem die Ratsuchende kommt. Bei allen spielte das Menschenbild und die Beraterische Grund- und Werthaltung eine maßgebliche Rolle, welche das Selbstverständnis prägte. Hierzu zählten zum Beispiel Carl Rogers Grundhaltungen der Empathie, der unbedingten Wertschätzung und der Kongruenz oder auch die wissenschaftlich neugierige, experimentierfreie und möglichst wertfreie Haltung der Naturwissenschaften oder die christliche Beziehungsarbeit, welche alle Menschen ohne Unterschiede annehmen und wertschätzen möchte. Bereits bei der Vorstellung der einzelnen Teilnehmenden wurde rege aufeinander Bezug genommen, was in dem lebhaften Austausch im Anschluss an die Vorstellungsrunde eine Fortsetzung fand. Manche wünschten sich Anteile von anderen. Die Teammitglieder diskutierten Gemeinsamkeiten und Unterschiede und lernten sich untereinander besser kennen und verstehen.

Manchmal entstehen in einer Teamsupervision Fragestellungen, die ich ohne das szenisch-kreative Handwerkszeug nur schwer bearbeiten könnte. Die oben beschriebene Übung bot einen Rahmen, um mit den Teilnehmenden über das Thema ins Gespräch zu kommen. Die meisten Beraterinnen lösten die Aufgabe durch die Darstellung innerer Anteile mit Symbolen, wobei erneut die Ressourcen und Qualitäten der Anteile bzw. Modi in den Vordergrund gestellt wurden. Der spielerische Charakter der Übung brachte Leichtigkeit und Humor in die Bearbeitung der Fragestellung, die ansonsten leicht in eine abstrakte Theorielandschaft hätte führen können, bei der erfahrungsgemäß einige Teilnehmende in ihrer Aufnahmefähigkeit nachlassen. Darüber hinaus stellten die meisten Teammitglieder Aspekte des gesunden Erwachsenen bzw. des freien Kindes, also funktionale Modi, vor. Einige räumten ein, in der Berufsrolle andere Modi, wie ein vulnerables Kind, einen kritischen Elternanteil, einen aggressiven Beschützer, einen Selbsterhöher durchaus

zu spüren, aber diese weniger funktionalen Modi in der Berufsrolle nicht auszuleben. Daher stellten sie die Figuren auf die Grenze des Beratungsraumes (symbolisiert durch ein Seil). Insgesamt war die Übung von gegenseitigem Respekt und Vertrauen getragen, so dass es mehreren Teilnehmenden möglich war, problematische Anteile von sich zu zeigen, ohne mit Abwertung oder Scham rechnen zu müssen. Damit entstand gerade zu dem Berater Herrn Z. mehr Verbundenheit, der sich in den Stunden zuvor weinend mit verletzlichen Kindmodi und dysfunktionalen Bewältigungsstrategien (z.B. Vermeidung durch Rückzug) offenbart hatte. Auch eine andere Beraterin dieses Teams hatte sich verletzlich gezeigt und geweint, als sie zugeben musste, sich gegenüber massiv aggressiv auftretenden Klienten eingeschüchtert und hilflos zu fühlen.

Neben der Arbeit mit der inneren Bühne bietet das Psychodrama viele ausgezeichnete Möglichkeiten, auf der äußeren Bühne und mit den Beziehungen zwischen den Teilnehmenden zu arbeiten.

Fallbeispiel Wohngruppe für psychisch erkrankte Jugendliche: Soziale Isolation des Fallgebers im Team

Der Fallgeber ist Sozialpädagoge und Bezugspflegekraft für eine Jugendliche in der Wohngruppe. Das Team sitzt im Kreis um einen Tisch, der Fallgeber beginnt von der Betreuten zu erzählen. Sie sei scheu, vernachlässigt durch ihre leibliche Mutter, sehr dünn, esse kaum etwas und kümmere sich auch sonst kaum um ihre körperlichen Bedürfnisse, so dass die Körperhygiene stark vernachlässigt sei. Sie lasse keinerlei Schamerleben erkennen, erzähle extremst offen über intime Details aus ihrem Leben. Sie stelle sich tot, wenn es um Regeln in der Gruppe oder um Erwartungen an sie gehe. Herr D. erzählt wortgewandt, schnell und detailreich von der Jugendlichen, was ich nach einem Blick in die unbeteiligten Gesichter in der Runde unterbreche mit der Frage, ob der Fallgeber zu einem Experiment bereit sei. Er bejaht und wir räumen zuerst Tische und Stühle beiseite. In die Mitte des Raumes positioniere ich eine Federtasche auf dem Boden, die bizarr gestaltet ist, und bitte die Teilnehmenden dieses Symbol als Stellvertreterin für die geschilderte Jugendliche wahrzunehmen. Die Beteiligten werden aufgefordert, sich eine Position im Raum zu suchen, die ihre Beziehung zur Jugendlichen repräsentiert. Sie sollen ferner eine Körperhaltung einnehmen, welche ihre Haltung zu dem Mädchen darstellt. Alle finden ihren Platz im Raum mühelos, sind plötzlich lebhaft beteiligt. Ich wandere von Person zu Person und interviewe zur ihren Motiven. Nach einiger Zeit kann jede /r die Position um einen Schritt verändern, mit der es leichter wird.

Im Interview wird deutlich, dass der Betreuer mehrere Jahre eine Außenseiterin betreute, was er als „sehr stressig und kraftraubend“ erlebte. Er engagierte sich gern für Außenseiter, allerdings sei er auch selbst dadurch in eine Außenseiterposition im Team geraten und habe sich selbst persönlich angegriffen gefühlt. Jetzt fürchte er, dass es wieder so komme. Viele Kolleg\*innen stehen distanziert und mit abgewendetem Blick zur Jugendlichen. Ein Pädagoge steht sehr weit weg, mit dem Blick aus dem Fenster und isoliert sich von den anderen Teammitgliedern. Schon jetzt hat die Jugendliche für Spannungen und Meinungsverschiedenheiten im Team gesorgt. Was könnte der Bezugsbetreuer brauchen, damit es ihm besser gehe? Verschiedene Kolleg\*innen bieten Hilfe an. Eine Frau will ihn praktisch unterstützen, indem sie das Körperhygieneproblem mit der Betroffenen klärt. Der distanzierteste Kollege stellt sich mehr in den Kreis und will den Bezugsbetreuer unterstützen durch die Klärung von behördlichen Angelegenheiten direkt mit der Jugendlichen und weitere Angriffe auf den Fallgeber unterlassen, weil es mit den Behördenangelegenheiten nicht voran geht. Schließlich steht die Gruppe mehr im Kreis, der Fallgeber löst sich aus der direkten Nähe zum Mädchen und findet mehr in die Runde des Teams zurück.

Diese psychodramatische Aufstellungsarbeit mit dem Wohngruppenteam lässt sich schematherapeutisch als Aufstellung des Schemas Soziale Isolation interpretieren. Der Fallgeber identifiziert sich mit der Außenseiterin in der Wohngruppe und fürchtet selbst im Team in die soziale Isolation zu geraten. Er erlebt Stress aufgrund seiner Vorerfahrungen und zeigt eine Überkompensationsstrategie im Modus Kämpfer für die Außenseiter. Der Kollege, der sehr weit weg steht, vermeidet die Außenseiterin und greift sie und den Fallgeber offen an. Er zeigt ebenfalls eine Überkompensationsstrategie der Überheblichkeit / Arroganz und befindet sich aus schematherapeutischer Sicht im Modus narzisstischer Selbsterhöher. Andere Kolleg\*innen erdulden oder vermeiden. Sie sagen, sie haben davon gar nicht so viel mitbekommen. Manche äußern sich als gesunde Erwachsene an der Seite des Bezugspflegers und bieten praktische Integrationsarbeit als Unterstützung an. Diese schematherapeutisch geprägte Interpretation des psychodramatischen Geschehens ist natürlich spekulativ, aber eine ergänzende Sichtweise zur Rollentheorie des Psychodramas. Durch die Frage, was brauchen Sie zur besseren Integration, wird die Szene konstruktive verändert.

Weitere Supervisionen mit dem Team vertieften den Eindruck, dass sich die Themen der psychisch kranken Jugendlichen in der Teamdynamik widerspiegeln und dass es dadurch zu Konflikten zwischen den Teammitgliedern kommt. Das Team arbeitete dementsprechend intensiv am Konfliktmanagement und der Feedbackkultur untereinander sowie an

einem vertrauensvollen, wertschätzenden Umgang untereinander als Basis dafür, dass die Betreuung der Jugendlichen gelingen kann. Der Einsatz psychodramatischer Techniken weist bei dieser Supervisionsarbeit natürlich weit über die schematherapeutische Herangehensweise hinaus.

Einzelne Teammitglieder nehmen oft wichtige Rollen im Team ein, welche schematherapeutisch als Modi verstanden werden. Gerade unter Stress fallen Menschen in alte Muster zurück und reagieren aus ihren biographisch bedingten Prägungen heraus. Das Konzept der verletzten Kernbedürfnisse kann auch für die Interpretation des Teamthemas dienen.

Beispiel Ambulanzteam verliert wichtige Leitfigur: Zentrale Kernbedürfnisse sind verletzt

Die erste Supervision bei einem Ambulanzteam zeigt ein hoch Spannung geladenes Klima. Es wird eröffnet, dass einer Kollegin gekündigt werden musste. Sie ist schon weg, manche Teilnehmende sind völlig überrascht davon. Eine Kollegin bringt es auf den Punkt: „Wir fühlen uns wie in einer Geisterbahn!“ Mehrere Mitglieder verließen in kurzer Zeit den Arbeitgeber ohne geordneten, wertschätzenden Abschied mit gegenseitigem Feedback und Dank. Der geschätzte Leiter verließ vor einiger Zeit ebenfalls das Team, was von etlichen Mitarbeitenden mit spürbarer Trauer und Orientierungsverlust verbunden wird. Viele unschöne Verabschiedungen von Patient\*innen führen zur Verunsicherung und zu Kritik und mangelnder Wertschätzung von außen. Bei der Fallsupervision wird eine Patientin geschildert, die ihre Therapeutin schimpfend und entwertend nach vielen Jahren intensiver, engagierter Psychotherapie verlässt. Wir finden Abschiedsrituale für den Fallgeber. Bei der nächsten Teamsupervision stelle ich drei Stühle in den Raum, auf denen die Teilnehmenden wahrnehmen können, wie ging es ihnen früher, heute und zukünftig im Team. Sie notieren sich ihre Assoziationen auf Moderationskarten und eröffnen im Gruppenaustausch ihre Wahrnehmungen. Dadurch kann das Thema Verlust des Halt gebenden Leiters Raum finden und ein Blick in die Zukunft wird für manche möglich.

Unerfüllte Kernbedürfnisse spielen auch in Teamprozessen eine Rolle. Menschen sehnen sich nach Stabilität und Sicherheit. Sie benötigen Vertrauen und Respekt im kollegialen Miteinander, um ihre Beziehungsarbeit in psychosozialen Einrichtungen gesund umsetzen zu können. Wo Misstrauen und mangelnde Wertschätzung im Team ausgeprägt ist, kann eine Institution ihr Leitbild mit dem Klientel nur schwer umsetzen. Zu groß ist dann die Schere zwischen Theorie und Praxis. Supervision kann hier natürlich nur einen

kleinen Beitrag zum konstruktiven Entwicklungsprozess in einem humanistischen Menschenbild leisten, aber dieser Beitrag ist wertvoll. Aus Sicht der Schematherapie sollten die fünf Kernbedürfnis-Bereiche dabei beachtet werden.

## 5. Fazit

Die Fragestellung der vorliegenden Arbeit lautete: Inwieweit ist es sinnvoll, im Format Supervision die beiden Verfahren Schematherapie und szenisch-kreative Methoden aus dem Psychodrama zu verbinden?

Die Arbeit zeigt auf, dass die Verbindung beider Verfahren bereits aus theoretischer Perspektive nahe liegend ist. Bei der Entwicklung der Schematherapie bediente sich der Begründer Jeffrey Young als Verhaltenstherapeut bei tiefenpsychologischen und humanistischen Ansätzen wie der Gestalttherapie, der Transaktionsanalyse, der Hypnotherapie und dem Psychodrama. Dabei sind emotionszentrierte Methoden, die sogenannten Imaginationsübungen und Stuhldialoge, zum Markenzeichen der Schematherapie geworden. Imaginationsübungen sind Übungen, in denen die Patient\*innen gebeten werden, die Augen zu schließen und in der Phantasie von einer aktuellen, bedrohlichen oder belastenden Szene in die Kindheit und Jugend zurück zu gehen, um Bilder aufsteigen zu lassen, in denen sie ähnlich gefühlt und gedacht haben. Üblicherweise landen Patient\*innen bei Schlüsselszenen aus ihrer Kindheit und Jugend. Diese Szenen werden in der Vorstellung gezielt wieder belebt, um diagnostische Informationen zu den biographischen Ursprüngen der gegenwärtigen Szenen zu gewinnen und um eine Veränderung der Szenen in der Imagination therapeutisch unterstützt vorzunehmen. Auf der imaginierten inneren Bühne betritt der / die Therapeut\*in oder der gesunde Erwachsener der Patient\*in die Szene und hilft dem inneren Kind bei der Veränderung der Szene in Richtung Bedürfniserfüllung. Zum Beispiel werden traumatisierte Kinder in Sicherheit gebracht und geschützt. Entwertete und beschämte innere Kinder werden wertgeschätzt, validiert und angenommen. Diese emotional korrigierende Erfahrung auf der inneren, imaginären Bühne wird für Patient\*innen körperlich spürbar, das veränderte Erleben wird benannt und zurück in die gegenwärtige Ausgangsszene mitgenommen, um dort zu prüfen, was nun aus der veränderten Sichtweise leichter und konstruktiver gelingen kann. Viele Patient\*innen erleben diese Imaginationsübungen auf der inneren Bühne als sehr intensives, emotionales Aha-Erlebnis, das ihnen die Augen für ihre unbewußten Motive öffnet und neue Lernerfahrungen ermöglicht.

Das zweite Markenzeichen der Schematherapie sind sogenannte Stuhldialoge, die genutzt werden, um z.B. Wirkung und Nachteile von ungünstigen Bewältigungsstrategien zu verdeutlichen. Schweigt ein Patient viel, wird er zum Beispiel als „die Mauer“ auf einen Stuhl gesetzt und befragt zu den Motiven. Die Mauer schützt vielleicht ein verletztes, unsicheres Kind, das dann ebenfalls durch einen Stuhl symbolisiert und exploriert wird.

Stuhldialoge werden oft zur Stärkung des gesunden Erwachsenen und zum Abbau des kritisch-straftenden Elternmodus initiiert. Auch hier handelt es sich im psychodramatischen Sinne um Bühnenarbeit im Einzelsetting, was zu einer emotional korrigierenden Erfahrung führt.

Ähnlichkeiten zwischen psychodramatischen und schematherapeutischen Ansätzen sind also unübersehbar. Eine Synthese dieser beiden Ansätze im Verfahren der Supervision verspricht vielversprechend zu werden.

Zur Beantwortung der Fragestellung werden verschiedene Supervisionsprozesse ausgewertet, die im Einzel- und im Teamsetting stattfanden. Die Supervisand\*innen kamen aus den Berufsgruppen psychologische und ärztliche Psychotherapeut\*innen, Sozialpädagogo\*innen, Krankenpflegekräfte, Pädagog\*innen, Erzieher\*innen und Hauswirtschaftler\*innen und waren in ambulanter Praxis, Beratungsstellen, psychiatrischer Institutsambulanz und in vollstationär betreuenden Wohngruppen tätig. In die Supervision brachten die Teilnehmenden ihre Klient\*innen ein, also klassische Fallarbeit, und sie reflektierten Teamthemen wie Konflikte, Feedbackkultur oder ihre Rolle als Berater\*innen.

Als Supervisor\*in kann der eigene psychotherapeutische Hintergrund zunächst helfen, die Fälle der Supervisand\*innen zu verstehen. Daher wird in dieser Arbeit das Fallverständnis exemplarisch am Fall einer alkoholabhängigen Patientin mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und Depression aus einer Beratungsstelle vorgestellt. An diesem Fall wird das Modusmodell und der Behandlungsansatz der Schematherapie erklärt und die Supervision derartiger Fälle aufbereitet. Szenisch-kreative Methoden aus dem Psychodrama werden zur Darstellung der inneren Bühne der Berater\*in / Therapeut\*in und der Patientin verwendet. Die Interaktion zwischen Patientin und Therapeut\*in / Berater\*in kann auf der Bühne zum Beispiel mit Stühlen in Szene gesetzt und kreativ bearbeitet werden. Statt wie bisher das Modusmodell der Patient\*in schnell selbst auf dem Flipchart zu skizzieren und so in die Rolle der Dozentin / Fortbilderin zu geraten, gelingt es mit dem Verfahren des Psychodramas leichter den supervisorischen Auftrag zu erfüllen, indem die Fallgeber\*innen selbst die Rollen der Modi besetzen (z.B. durch Aufstellungsarbeit mit Personen aus dem Team oder durch Bodenanker oder durch Stühle). Auch ist es als Supervisorin so leichter, Impulse zu setzen und abzuwarten, was die Fallgeber\*innen auf ihrem eigenen theoretischen Hintergrund daraus entwickeln.

Beide Verfahren setzen auf emotionszentrierte Methodik, um Menschen eine emotional korrigierende Erfahrung und Veränderung ihres Verhaltens zu ermöglichen. Aber in der Schematherapie werden emotionszentrierte Methoden vorsichtig und dosiert eingesetzt,

denn psychisch erkrankte Patient\*innen werden als schutz- und hilfsbedürftig wahrgenommen. Die therapeutische Rolle ist eher aktiv und stark unterstützend, die Imaginationsübungen und Stuhldialoge folgen einem korrigierenden, fest gelegten Drehbuch, damit emotional belastende Szenen in einem hilfreichen Sinne verändert werden, so dass es zu einer korrigierenden emotionalen Erfahrung kommt. Handlungsleitend ist hier die Idee, dass die Patienten mit chronischen, charakterologischen Problemen kaum oder gar nicht über einen gesunden Erwachsenen verfügen. Therapeut\*innen greifen daher im Sinne der begrenzten Nachbeelterung modellhaft in das Geschehen ein und helfen den Patient\*innen zu einer Veränderung der früheren Erfahrung zu kommen. Hierbei wird ähnlich wie bei den Stuhldialogen nach einem klaren, handlungsleitenden Skript vorgegangen. Als Schematherapeutin habe ich also ein klares Drehbuch, innerhalb deren Leitlinien die therapeutische Arbeit durchgeführt wird.

Im Gegensatz dazu setzt das Psychodrama viel stärker auf die Eigenverantwortung und spontane Kreativität der Teilnehmenden. Die Entwicklung der Rollenidentität von der Schematherapeutin zur Supervisorin hat daher in dieser Arbeit einen größeren Stellenwert eingenommen und wird von der Psychotherapeutin zur Lehrtherapeutin hin zur Supervisorin reflektiert. Als Lehrtherapeutin für Schematherapie ist der Rollenwechsel vergleichbar einfach, denn alle Beteiligten teilen den gleichen theoretischen Hintergrund. Als Supervisorin arbeite ich mit Menschen, die meist kein Wissen über Schematherapie haben, manchmal mit Teilnehmer\*innen, die der Schema- oder der Verhaltenstherapie kritisch gegenüberstehen. Die Supervisand\*innen möchten ihr berufliches Handeln reflektieren, ohne von mir fortgebildet zu werden, sondern sie wollen selbst auf kreative Ideen kommen. Sie wollen einen Rahmen finden, indem sie sich miteinander verbinden, sich austauschen, etwas zusammen erleben, lachen, wieder Spaß und Leichtigkeit in der häufig schwer belastenden Arbeit finden. Hier bietet das Psychodrama mit einer großen Anzahl szenisch-kreativer Methoden ein ausgezeichnetes Handwerkszeug, welches auszugsweise in Fallvignetten vorgestellt wurde.

Die Verbindung der Verfahren bietet zahlreiche Vorteile für die Arbeit mit Einzelnen und vor allem mit Gruppen. Im Psychodrama können Rollen wesentlich freier gewählt und ausgestaltet werden (role taking, role playing), während in der Schematherapie eine begrenzte Anzahl an Modi zur Verfügung steht. So kann im Psychodrama die leibliche Rolle ergriffen werden (z.B. die Erschöpfte, die Kraftvolle), und es können irrealer Rollen besetzt werden (z.B. der gute Geist der christlichen Beratungsstelle). Die sogenannte surplus reality bietet einen erheblichen Mehrwert, welcher die Tiefe der Gestaltung deutlich erhöhen und Lösungsoptionen verbessern kann. Beide Verfahren arbeiten mit

Zukunftsproben bzw. mit dem Transfer der emotional korrigierten Erfahrung in die gegenwärtige Szene in Form eines Rollenspiels. Im Psychodrama gelingt die Zukunftsprobe jedoch wesentlich schneller, lebendiger, freier, und sie ist befreit von der Vorstellung in irgendeiner Weise realistisch sein zu müssen. In der Schematherapie wird die körperlich spürbare korrigierte Erfahrung aus der biographischen Schlüsselszene mit in die gegenwärtige Szene genommen, um dort reale Handlungsalternativen auszuprobieren. Das Psychodrama bietet mit den Methoden und dem theoretischen Ansatz der Soziometrie eine wesentliche Ergänzung zur Arbeit mit Teams. Auch der kreative Zirkel des Psychodramas liefert eine theoretische Basis zur Moderation von Gruppendiskussionsprozessen sowie zum Verständnis des szenisch-kreativen Spiels. Die Verbindung beider Verfahren ist somit bereits theoretisch sinnvoll und anregend. Die Fallbeispiele aus der Praxis verdeutlichen die Synthese beider Verfahren im Format Supervision.

Zusätzlich dokumentiert die Arbeit die Berufsrollenentwicklung der Autorin von der Psychotherapeutin mit schematherapeutischem Schwerpunkt zur Supervisorin mit szenisch-kreativen Methoden. Als Psychotherapeutin steht die Beziehung und die Begegnung mit Patient\*innen im Mittelpunkt der Arbeit. Gerade die Schematherapie stellt die therapeutische Beziehung stärker in den Fokus der Behandlung als andere kognitiv-behaviorale Methoden der Verhaltenstherapie. Die Therapeutin geht dabei davon aus, dass sich Patient\*innen wenig in der gesunden Erwachsenen befinden und versorgt die Verletzlichkeit der Patient\*innen. Sie vertieft die biographische Arbeit bis in frühe Szenen der Kindheit und unterstützt den Selbstexplorationsprozess z.T. stark leitend. Ziel ist eine Gesundung und Veränderung starrer, dysfunktionaler Überlebensstrategien.

Als Supervisorin ist das Ziel dagegen die Unterstützung der Beteiligten bei der Erreichung beruflicher Vorhaben und eine Verbesserung des Teamklimas. Natürlich kann die biographische Dimension nicht ausgeklammert werden, aber es ist doch die Aufgabe der Supervisorin die Tiefe der biographischen Arbeit zu begrenzen und auf andere Reflektionsmöglichkeiten zu verweisen. Als Supervisorin geht es darum, den Rahmen der beruflichen Selbstreflektion zu halten und die Teammitglieder dabei zu unterstützen, selbst auf Lösungsmöglichkeiten zu kommen. Eine Fortbildung oder fachliche Anleitung ist nicht indiziert und gewünscht, zumal viele Beteiligte der Teams aus unterschiedlichen methodischen Berufsfeldern kommen. Bei der Verwendung der szenisch-kreativen Methoden vertrauen Supervisor\*innen darauf, dass die Beteiligten kreativ werden und erwachsen nach Inszenierungen ihrer Problemlagen und nach konstruktiven Lösungen suchen. Jede Sitzung erfordert Improvisation und Offenheit, auf die aktuelle Lage der Gruppenteilnehmenden einzugehen. Als Schematherapeut\*in ist es einfach, in der Fallarbeit oder beim

Verständnis einer psychodramatischen Szene Modi zu erkennen und deren Dynamik. Dennoch gehen Schematherapeut\*innen nach einem relativ festen Drehbuch vor, während das Psychodrama Spontanitätsslagen initiiert und damit wesentlich weniger Vorgaben macht. Als Supervisorin kann ich dadurch dem Prozess Raum geben, Sicherheit vermitteln, mit einer gelassenen Perspektive von außen den Rahmen halten, ohne allzu viele Vorgaben zu machen. Ich kann Ideen einbringen, Impulse setzen und abwarten, was die Beteiligten davon aufgreifen und wie sich das Spiel weiter entwickelt, ohne einem festen Drehbuch oder Manual folgen zu müssen. Die Synthese beider Verfahren unterstützt meine Rollenentwicklung von der Psychotherapeutin mit schematherapeutischem Schwerpunkt zur Supervisorin mit szenisch-kreativen Elementen des Psychodramas und hilft mir mit mehr Spontaneität, Vertrauen, Leichtigkeit und Humor die Rolle der Supervisorin auszugestalten.

## 6. Literatur

von Ameln, F., Kramer, J. (2014): Psychodrama: Grundlagen. Berlin, 3. Auflage.

von Ameln, F., Schnabel, K., Stadler, C. (2019): Psychodramatische Arbeit mit inneren Anteilen. In: Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie. 2019, 18, S. 23-40.

Arntz, A., van Genderen, H. (2010): Schematherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung. Weinheim, Basel.

Buer, F. (2004): Einführung in die psychodramatische Supervision (S. 9-27). In: Buer, F. (Hrsg.): Praxis der psychodramatischen Supervision. Ein Handbuch. Wiesbaden, 2. Auflage.

Faßbinder, E., Schweiger, U., Jacob, G. (2011): Therapie-Tools Schematherapie. Weinheim, Basel.

Hayes, S.C. et al. Akzeptanz- & Commitment-Therapie (2014): Achtsamkeitsbasierte Veränderungen in Theorie und Praxis. Paderborn.

Hinsch, R., Pfingsten, U. (2015): Das Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Grundlagen, Durchführung, Materialien. Weinheim/ Basel, 6. Auflage.

Jacob, G., Arntz, A.: Schematherapie in der Praxis. 2011, Weinheim, Basel.

Krüger, R. T. (2015): Störungsspezifische Psychodramatherapie. Theorie und Praxis. Göttingen.

Linehan, M. M. (2008): Die Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: DBT Therapiebuch. CIP-Medien.

McCullough, J.P. et al. (2015): CPASP - Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy: Chronische Depressionen effektiv behandeln. Paderborn.

Moreno, J. L.(o. J.) zitiert nach der Homepage des Deutschen Fachverbandes des Psychodramas <https://www.psychodrama-deutschland.de/2013/09/02/psychodrama-als-psychotherapeutisches-verfahren/> aufgerufen am 26.01.2019

Roediger, E. (2009): Raus aus den Lebensfallen! Das Schematherapie-Patientenbuch. 1. Auflage. Paderborn.

Roediger, E.: Praxis der Schematherapie. Grundlagen - Anwendung - Perspektiven. 2009, Stuttgart.

Schnabel, K., von Ameln, F., Stadler, C. (2019): Innere Anteile und lebendige soziale Teilhabe. Pluralistische Konzeptionen des Selbst in verschiedenen Theorieansätzen. In: Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie, 2019, 18 (1).

Stewart, I., Joines, V. (1990): Die Transaktionsanalyse. Eine Einführung. Freiburg.

Wells, A. (2011): Metakognitive Therapie bei Angststörungen und Depression. Weinheim, Basel.

Young, J.E., Klosko, J.S., Weishaar, M.E.: Schematherapie ein praxisorientiertes Handbuch. Paderborn, 2005.

Zens, C., Jacob, G.: Schematherapie bei Persönlichkeitsstörungen - Das Moduskonzept. 2013, in: DNP: Der Neurologe und Psychiater, 2013, 14 (1).

<https://www.dgsv.de/dgsv/supervision/konzept/> DGsv Internetseite aufgerufen am 19.11.2019