

# Die 4-Felder-Tafel als Orientierung im schematherapeutischen Behandlungsprozess

## The 4-Panel Board as Orientation in the Schema-Therapeutic Treatment Process

Matthias Krüger

### Themenschwerpunkt Gastartikel

#### Zusammenfassung

In dem Beitrag soll eine Systematik vorgestellt werden, die geeignet ist, gemeinsam mit PatientInnen Therapieziele zu entwickeln und im Sinne des projektierten therapeutischen Prozesses zu klären, „wo man steht und wohin man will“. Eingebettet ist dieses Vorgehen in ein Störungs- und Therapieverständnis der „3. Welle“-Ansätze der Verhaltenstherapie (ACT, DBT, achtsamkeitsbasierte Ansätze) mit einem besonderen Bezug zur schematherapeutisch orientierten Vorgehensweise und ihrem zentralen Therapieziel der „Stärkung des gesunden Erwachsenen“. Mit der hier erläuterten Systematik und Methode der „4-Felder-Tafel“ wird ein psychotherapeutisches Instrument präsentiert, das sich nicht primär an der Symptomreduktion orientiert, sondern am übergeordneten Therapieziel, PatientInnen auf ihrem Weg hin zu einem an ihren Werten orientierten Leben zu begleiten.

#### Abstract

This paper will present a systematic procedure, which is helpful to develop, together with the patient, the therapeutic goals and the therapeutic roadmap – from the starting point to the destination. This systematic approach is embedded in an understanding of disorder and therapy of the “3<sup>rd</sup> wave” approaches of behavioral therapy (ACT, DBT, mindfulness-based approaches), with a special relatedness to the schema-therapeutic approach and its focus on “strengthening the healthy adult”. With the systematics and method of the “4-field table” explained here, a psychotherapeutic tool is presented which is not primarily oriented towards symptom reduction but also towards the overriding therapeutic goal of supporting the patient on his way to a life, oriented on their values.

#### 1. Einleitung

Die 4-Felder-Tafel als Möglichkeit, menschliches Verhalten im 2-dimensionalen Raum (kurzfristig versus langfristig und ich-synton versus ich-dyston) zu verorten.

Therapieerfolg lässt sich in der Logik der 4-Felder-Tafel als das Ausmaß operationalisieren, in dem es gelungen ist, der PatientIn Impulse zu geben, sich in Richtung des Quadranten „langfristig/ich-synton“ zu bewegen. Psychotherapie soll der PatientIn helfen, sich überwiegend in einem ich-syntonen Zustand zu erleben und diesen auch bei sich verändernden und aversiven Kontextbedingungen aufrechtzuerhalten.

##### 1.1. Beschreibung der Dimensionen

Die Dimension ich-synton/ich-dyston soll das Ausmaß abbilden, in dem die PatientIn ihr Erleben und Handeln als „zu sich gehörig“, als Ausdruck ihres „Selbst“ und damit als stimmig erlebt.

Die Dimension kurzfristig/langfristig soll das Ausmaß abbilden, in dem die PatientIn „das, was gerade ist“ als kurzfristig zur Situation gehörig (anlassbezogene Gefühle, Impulse, Befindlichkeiten) oder als übersituativ, beständig (zeitüberdauernde Haltungen, Überzeugungen, Grundannahmen) attribuiert.

Übertragen auf ein schematherapeutisches Therapieverständnis entspricht eine Orientierung hin zum Quadrant langfristig/ich-synton der Stärkung des Modus des „gesunden Erwachsenen“ (Roediger, 2015, 2016).

Die therapeutischen Bemühungen fokussieren auf die Klärung und die Generierung von Werten und Zielen der PatientIn. Der Mangel oder die Diffusität dieser Ziele und Werte stärken die kognitiv-emotiven Prozesse (Luhmann, 1997) in den anderen, dem Selbstwert- und

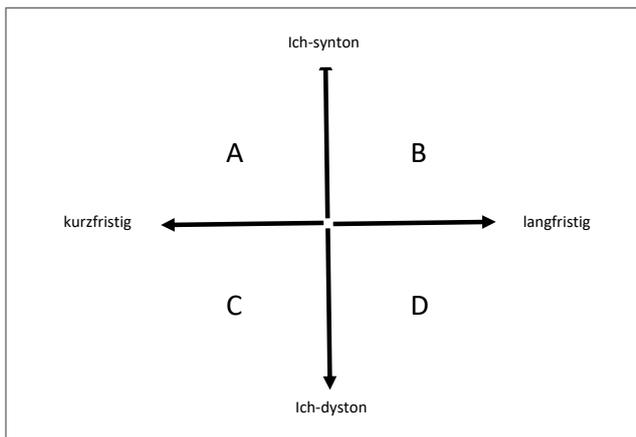
Selbstwirksamkeitserleben abträglichen Quadranten der hier skizzierten 4-Felder-Tafel.

In diesen sind – in unterschiedlicher Form und abgebildet über unterschiedliche dysfunktionale Strukturen und Prozesse – die „Hindernisse“ beheimatet, die es der PatientIn schwer machen, sich in Richtung „Quadrant B“ (langfristig/ich-synton) zu bewegen.

So kann symptomatisches Erleben und Verhalten – unabhängig von Ätiologie und Genese – an die Stelle fehlender langfristiger, ich-syntoner Ziele und Werte treten. Psychische Energie, so die implizite Logik des Modells, ist begrenzt. Je mehr Energie in die Quadranten A, C und D investiert wird, desto weniger steht dem Quadranten B zur Verfügung, in dem die für Selbstwert- und Selbstwirksamkeitserleben konstitutiven Prozesse verortet sind. Damit gilt auch umgekehrt: Je mehr Energie in diesen Quadranten investiert wird, desto weniger bewegt sich die PatientIn in Erlebnisräumen, in denen sie sich als ich-dyston erlebt (C, D) oder in Erlebnisräumen, die nur kurzfristig entlastend wirken, aber nicht „gehalten“ werden können und langfristig Probleme generieren (A). Die innere und äußere Alltagswelt ist dann bestimmt von den „Symptomen“. Die Symptome und die Therapie der Symptome „sind“ das Leben und sie bestimmen den Möglichkeitshorizont der PatientIn und oft auch den der TherapeutIn.

## 2. Die Verortung des Erlebens und Verhaltens in der 4-Felder-Tafel

Abb. 1: 4-Felder-Tafel mit den Dimensionen ich-synton – ich-dyston und kurzfristig – langfristig



Die hier vorgestellte Systematik soll der TherapeutIn als Instrument für die therapeutische Orientierung (Welche Zielrichtung soll in der Therapie verfolgt werden?) und die therapeutische Standortbestimmung dienen (Wo steht die PatientIn?). Über das gemeinsame Erarbeiten der 4-Felder-Tafel und ihr inhaltliches Befüllen wird das therapeutische Vorgehen transparent und die einzelnen Schritte jeweils einem der Quadranten zuordenbar (Welchem Quadranten ist das jeweilige Verhalten und

Erleben zu zuordnen? Was kann getan werden, um zum angestrebten Quadranten B zu gelangen?). Die TherapeutIn formuliert transparent ihre Absicht, die PatientIn in den Quadranten B „mitnehmen zu wollen“ und motiviert sie, sich – mit therapeutischer Unterstützung – auf den Weg dorthin zu machen. Die dabei gefundenen und „erfundenen“ Inhalte sind individuell; überindividuell gilt, dass Zufriedenheit und Selbstwirksamkeitserleben und damit das „Glück“ (Seligman, 2015; Storch & Krause, 2007) steigen, je befüllter der Quadrant B und je leerer die anderen Quadranten erlebt werden.

Die 4-Felder-Tafel kann so zur Klärung beitragen, in welchem Ausmaß ein tatsächlicher Veränderungs- und Entwicklungswunsch vorliegt: Ist der nach Psychotherapie fragende Mensch im Sinne Steve de Shazers (de Shazer & Dolan, 2015) als ein Besucher, als ein Klagender oder als ein Klient zu betrachten? Sind das Beklagte und das Leiden so in das Selbstverständnis integriert, dass es als stimmig erlebt wird und damit – in der Logik der 4-Felder-Tafel – im Quadranten langfristig/ich-synton zu verorten und damit nicht im Fokus des therapeutischen Veränderungsbemühens? In diesem Falle wäre eine fundiertere Auftragsklärung vor dem Beginn bzw. der Fortsetzung des psychotherapeutischen Behandlungsprozesses indiziert.

Im Modell der 4-Felder-Tafel suchen Menschen umso eher psychotherapeutische Hilfe, je mehr sie sich außerhalb des Quadranten B verorten und je eher sie glauben, mittels Psychotherapie in diesen zu gelangen. Die relativ geringe Inanspruchnahme von Psychotherapie (im Jahr 2018 waren es pro Quartal 1,4 Mio. Menschen [BPTK, 2018]) kann zwar zum Teil mit dem Mangel an Psychotherapieplätzen begründet werden. Zum anderen Teil kann aber auch – unter Zugrundelegung des Modells der 4-Felder-Tafel – vermutet werden, dass die meisten Menschen mit dem Ausmaß, mit dem sie sich im Quadranten B (langfristig/ich-synton) verortet erleben, zufrieden sind oder sich von einer psychotherapeutischen Maßnahme keine (gewünschte und angestrebte) Energieverschiebung in Richtung langfristig/ich-synton (Quadrant B) erwarten.

Ein psychotherapeutischer Weg kann sich im Verständnis der 4-Felder-Tafel nicht auf das Vermitteln und Anwenden von „Psychotechniken“ reduzieren (Harris, 2011). Achtsamkeit, Selbstfürsorge, Selbstmitgefühl und Ressourcenaktivierung können von nützlichen Instrumenten zu Hindernissen für das Erreichen des angestrebten Quadranten B werden, wenn dieser nicht mit ich-syntonen Inhalten angereichert ist.

Der Aufenthalt im Quadranten B ist im Alltag geprägt vom Gefühl der Stimmigkeit und einer eher impliziten als expliziten Achtsamkeit und Präsenz. Dabei gibt die jeweils gezeigte Handlung keinen Hinweis auf die Verortung in der 4-Felder-Tafel.<sup>1)</sup>

Ist mit der PatientIn ein Therapie-Verständnis und -Commitment auf dieser Basis geschaffen, besteht der erste, „diagnostische“ Therapieschritt darin, das Erleben und Verhalten der PatientIn in die vier Quadranten zu platzieren.

*Diese „Kartographierung“ soll – visualisiert – verdeutlichen, „wohin es gehen soll“.*

Über Klärung der Kontingenzbedingungen (Caspar, 2010; Grawe, 2004) soll verstehbar werden, was die PatientIn in den Quadranten A, C und D hält. Leitfrage ist dabei immer, wie sie unterstützt werden kann, das Erleben und Verhalten in diesen Quadranten zu reduzieren und das im Quadranten B zu steigern (Welches Erleben und Verhalten gibt es schon in Quadrant B und welches Erleben und Verhalten könnte neu generiert werden, um Quadrant B mit gelebtem und erlebtem Leben zu füllen?).

Dieses Grundverständnis von Therapie bewahrt davor, zu sehr in die von der PatientIn offerierte Problemrance (Schmidt, 2004) einzusteigen und den Vermeidungszielen („Symptome sollen weg“, „ich habe genug von dem Trümmerhaufen, der sich mein Leben nennt“) zu viel und den Annäherungszielen („Ich möchte ...“) zu wenig Gewicht zu geben (Storch, 2007).

Aus der schematherapeutischen Perspektive betrachtet, wird die PatientIn aufgrund der Macht ihrer maladaptiven Schemata (Young, Klosko & Weishaar, 2005) daran gehindert, sich in Richtung des Quadranten B zu orientieren. Haben sich Schemata – aufgrund einschneidender Erlebnisse/Traumatisierungen, aufgrund unzureichender Befriedigung der Grundbedürfnisse und aufgrund ungünstiger Internalisierungsprozesse – herausgebildet, wirken sie als „Hindernisse“ auf dem Weg zu einer wirklichkeitsabbildenden Rezeption der Welt und einem erfüllenden Agieren in ihr. Schemata – metaphorisch gesprochen – möblieren die Quadranten A, C und D. Mit diesem Mobiliar lässt es sich zwar nicht gut, aber „etabliert“ leben und der Aufbruch in Richtung Quadrant B fällt schwerer. Psychotherapie soll für eine attraktivere Möblierung des Quadranten B und eine weniger „gemütliche“ in den anderen Quadranten sorgen.

### 3. Zuordnung von Erleben und Verhalten zu den Quadranten der 4-Felder-Tafel

#### 3.1. Quadrant A: ich-synton/kurzfristig

Diesem Quadranten sind Handlungen und Erlebnisweisen zuzuordnen, in denen sich der Mensch als zu diesem Zeitpunkt ich-synton erlebt. Kurzfristig wird eine Bewältigungserfahrung gemacht; das Handeln in diesem Quadranten ist dadurch motiviert, dass man beim Unterlassen dieser Handlungen erwartet, dass „es sonst noch weniger erträglich wird“. Darunter fallen – im schematherapeutischen Modell ausgedrückt – alle Manifestationen der Bewältigungs-Modi: Erdulder, Distanzierter

Beschützer, Überkompensierer (Zarbock, 2014). Der Fokus des Erlebens und Verhaltens liegt auf der Vermeidung von Angst, auf dem kurzfristigen Ausleben und Abführen von Spannung und Aggression, auf dem Sich Berauschen, Ablenken, dem passiven Konsumieren und Suchtverhalten.

Je pathologischer das Verhalten ist, desto mehr befindet es sich auf dem Pol „kurzfristig“. Das „Trauma“, die „Angststörung“ oder der „Zwang“ binden die PatientIn an den kurzfristigen Pol: Das Primat der Vermeidung eines sehr aversiven inneren Zustandes lässt es nicht zu, dass langfristige Ziele verfolgt werden können. Die Angst und das Trauma binden die PatientIn an das kurzfristige Ziel, den aktuellen Augenblick zu überstehen. Bedingungsanalytisch betrachtet, führt der Mangel an wirksamen, handlungsbestimmenden langfristigeren Zielen zur Dominanz der Vermeidungsziele, unter denen PatientInnen mit Angst- und Traumafolgestörungen leiden.

PatientInnen, die sich vorwiegend in diesem Quadranten bewegen, benötigen oft symptom-spezifische Hilfen. Das Ziel bleibt bei der Orientierung in Richtung des Quadranten B. Die Beschäftigung mit dem in A verorteten Erleben und Verhalten, soll sich nicht ver selbstständigen. Dennoch bedarf es spezifischer therapeutischer Strategien und Instrumente, die die PatientInnen unterstützen können, sich aus dem „Bann“ des Quadranten A zu lösen: Traumabearbeitung (Hofmann, 2014; Elbert, 2012), symptom-spezifische Therapie der Angst- und Zwangsstörung (Becker et al., 2016), Fertigkeitentraining zur Stresstoleranzentwicklung (Bohus & Arehult, 2012; Linehan, 1993), Förderung der Selbstdisziplinierung, Bearbeitung der Suchtproblematik.

#### 3.2. Quadrant B: langfristig/ich-synton

Wie oben erläutert, ist in diesen Quadranten alles Verhalten und Erleben zu verorten, das die PatientIn als stimmig und verbunden mit einem hohen Kohärenzgefühl erlebt.<sup>2)</sup>

#### 3.3. Quadrant C: kurzfristig/ich-dyston

Das Handeln und Erleben in diesem Quadranten erleben die Menschen als ich-dyston, dabei jedoch kurzfristig, zeitlich begrenzt.

Das jeweilige Handeln ist begleitet von einem dysphorischen Erleben; das Tun wird als „lästig“ erlebt, dient einem Zweck und wird nicht als solches als attraktiv erlebt. Beispiele dafür sind das restriktive Essen, um abzunehmen, das Sporttreiben, um etwas für die Gesundheit zu tun, die aversiv erlebte Konversation und Begegnung, die nötig ist, um eine antizipierte gewünschte Wirkung zu erzielen.

Gerade im Quadranten C ist das dort verortete Verhalten und Erleben fluide und dynamisch. Es verteilt sich

im Zeitverlauf auf die anderen Quadranten: Das aversiv und ich-dyston erlebte „Sich Zwingen“ hält entweder nicht lange an und wird aufgegeben oder das Erleben shiftet zum positiv und ich-synton erlebten Quadranten B: Beispiele dafür sind: die Aufgabe, in die man hineinwächst und die einen zunehmend erfüllt, das Musikinstrument, das man zunehmend beherrscht, sportliche Trainingsfortschritte, die zu einem nicht mehr aversiven, sondern einem positiven Körpererleben führen. Dieses Verhalten und Erleben hatte seinen Startpunkt im Quadranten C der 4-Felder-Tafel und „wanderte“ in den Quadranten B und trägt somit zur Steigerung des Kohärenz- und Selbstwirksamkeitserlebens bei.

Das Einüben von Achtsamkeit und das Lernen des Im-Moment-Seins sind die wesentlichen therapeutischen Instrumente, um sich weniger im kraftraubenden, aversiv erlebten Quadranten C aufzuhalten: Die innere Zustimmung zum Moment, wie er ist, und der Verzicht auf die Bewertung führen vom Hader (Quadrant A) zur Akzeptanz (Quadrant B) (Heidenreich & Michalak, 2009).

Dem Quadranten C zuzurechnen sind die Phasen von Überlastungs-, Überforderungs- und (zwischenmenschlichem) Konflikterleben. Auch das sind eher fluide Prozesse und Phasen: Die Kontexte werden entweder verlassen, eskalieren (Wechsel in kurzfristig ich-synton), werden gelöst und bewältigt (Wechsel in langfristig ich-synton) oder wandeln sich in nachhaltiges Erdulden aversiven Kontexterlebens im Quadranten D.

Die Opponent Process Theory nach Solomon (1980) bietet eine Erklärung für das „Wandern“ zwischen den Quadranten: Danach lösen Stimuli zunächst eine primäre emotionale Reaktion aus und zeitversetzt und nach Stimuluswiederholung eine dazu entgegengesetzte sekundäre emotionale Reaktion. So können Suchtentwicklungen abgebildet werden, die mit primären positiven emotionalen Prozessen beginnen (stoffliche und nicht stoffliche Süchte), die in Verelendung enden, und Verhaltensweisen, die primär negative emotionale Prozesse auslösen (Anstrengung, Frustration), die sekundär, und dann nachhaltig, zu positiven Emotionen führen. Damit kommt dem therapeutischen Ziel, die PatientIn dabei zu stärken, Verstärkeraufschub leisten zu können (Verzicht auf kurzfristig „positive“ und Ertragen kurzfristig „negativer“ Emotionen), eine besondere Bedeutung zu.

### 3.4. Quadrant D: langfristig/ich-dyston

In diesem Quadranten erlebt sich der Mensch mit zeitlich nicht absehbarer Perspektive als ich-dyston.

Die PatientInnen erleben sich als mit sich und der Welt nicht im Reinen. Das „In-der-Welt-Sein“ wird als Last erlebt. Die erlebte Position ist die des Abgetrennt- und Fremdseins. Man ist im Leben nicht an dem Ort, an dem man sein sollte. Besonders leidvoll wird der Aufenthalt in diesem Quadranten, wenn es keine klare Vision dieses angestrebten (sozialen und emotionalen) Ortes

gibt. Im therapeutischen Prozess gilt es dann gemeinsam herauszuarbeiten, was die PatientInnen am Verlassen des Quadranten D hindert. Der „Lebensprozess“ als solcher führt weg vom Quadranten D: Ziele und Werte können als Resultate emergenter Prozesse (Maturana & Varela, 2009) verstanden werden. Psychotherapeutische Arbeit – in der Logik der 4-Felder-Tafel – soll weniger danach fragen, warum diese Prozesse nicht entstehen, sondern mehr, welche Hindernisse (in Form von maladaptiven Schemata, dysfunktionalen Grundüberzeugungen, Folgen ungünstiger Lernerfahrungen) diesen „natürlichen Prozessen“ im Wege stehen.

Für diese PatientInnen erscheint die Förderung von Selbstwahrnehmung und Selbstachtsamkeit als Voraussetzung für Selbstregulation und Selbstmitgefühl die Basis darzustellen, um das chronisch dystone Erleben im Quadranten D zu überwinden. Es gilt, bevorzugt über emotionsfokussierte und erlebnisaktivierende Methoden, einen differenzierteren Zugang zu Gefühlen, Kognitionen, Empfindungen und Impulsen zu ermöglichen (Nissen & Sturm, 2018).

Alle psychotherapeutischen Ansätze, die ihren Auftrag nicht ausschließlich in der Reduktion der Achse-I-Symptome sehen, sondern darin, die PatientIn zu einem „gelingenderen In-der-Welt-Stehen“ zu befähigen, bieten jeweils ein Instrumentarium, PatientInnen in ihrem oft als schicksalhaft erlebten Fixiertsein auf diesen Quadranten D zu verstehen und ihnen Impulse zu geben, diesen zu verlassen. Diese Impulse rekurrieren jeweils auf unterschiedlichen bzw. unterschiedlich gewichteten Wirkfaktoren, zielen aber alle darauf ab, dass sich das Selbstverständnis des „In-der-Welt-Stehens“ der PatientIn verändert. In der Sprache des hier skizzierten Modells: ein Verlassen des Quadranten D.

## 4. Psychotherapie als Wegbegleitung

Die PatientIn soll ermuntert werden, sich auf den Weg zum Quadranten B zu machen – gefüllt mit ihren Inhalten. Diese Richtungsvorgabe kann als Ausdruck des „pädagogischen“ Aspekts schematherapeutischen Arbeitens gesehen werden. Im Sinne des limited re-parenting (Schuchardt, 2018) wird der PatientIn vermittelt, dass es ihr – so die therapeutische, transparent zu machende Haltung – umso besser gehen wird, je mehr sie sich in ihrem Verhalten und Erleben im Quadranten B aufhält und die ihr zur Verfügung stehende Energie dort „investiert“ – mit dem Hinweis, dass die dort investierte Energie am ehesten „Rendite abwirft“ und „neue Energie gibt“. Bezüglich der von der PatientIn gewählten Inhalte wahrt die TherapeutIn eine neutrale Haltung (von Schlippe & Schweitzer, 2016), da sie sich – metaphorisch gesprochen – lediglich als eine ReiseführerIn zum „Quadrant B“ begreift, aber die PatientIn über die dort zu findenden und zu schaffenden Inhalte entscheidet.

## 4.1. Ziele und Werte

*Das „Erreichen von Zielen“ dient der Strukturierung des Blickes auf einen unendlichen Horizont, der sich über die Benennung eines Wertes ergibt.*

Ziele dienen als Motivationshilfen, haben aber nicht die Kraft, ein ich-syntones Kohärenzgefühl zu vermitteln, wie es „Werte“ tun. Werte und Tugenden (etymologisch ist der Begriff zurückzuführen auf das „Taugen“ – im Sinne eines Instruments, das hilft, das Leben zu meistern [Grün, 2019] „tragen“ über die Zeit der jeweiligen Zielerreichung hinaus.<sup>3)</sup>

## 5. Fallbeispiel für die Arbeit mit der 4-Felder-Tafel

### Frau B.

Zum Zeitpunkt des Therapiebeginns in der Psychiatrischen Tagesklinik war Frau B. 44 Jahre alt, seit 1 Jahr geschieden, alleinerziehend mit einem 14-jährigen Sohn und einer 18-jährigen Tochter. Sie wandte sich an die Tagesklinik aufgrund der Zuspitzung ihrer Angstproblematik und der von ihr erlebten Perspektivlosigkeit, weil sie „nach systematischem Psychoterror ihres Mannes“ und dessen intriganten Handlungen, mit denen er versucht habe, „sie in den Wahnsinn zu treiben und in die Psychiatrie zu bringen“, jetzt „völlig am Ende“ sei. In der Tagesklinik wolle sie in erster Linie einen angstfreien Raum erleben, in dem der Mann weder für sie noch für die Kinder gefährlich werden könne. Sie sei sich darüber bewusst, dass sie sich vielleicht „in etwas hineinsteigere“; dennoch seien ihre Ängste und Befürchtungen aufbauend auf realen Erlebnissen und konkreten Handlungen ihres Ex-Mannes. Dieser bedrohe sie und er habe – im Sinne eines „Gas-Lightnings“, einen Bekannten beauftragt, der sie mittels Hypnose und anderer suggestiver Techniken in den Wahnsinn treiben solle. Das Motiv des Ex-Mannes so etwas zu tun, sei Rache und Gekränktheit. Sie halte ihn für narzisstisch gestört. Er habe es nicht ertragen können, dass sie sich ihm in der Ehe nicht mehr bedingungslos untergeordnet habe und ihn nicht mehr „angehimmelt habe“, wie es zu Beginn der Beziehung der Fall gewesen sei.

Zur Behandlungsvorgeschichte: Frau B. wurde erstmals neun Jahre vor der hier beschriebenen tagesklinischen Behandlung stationär psychiatrisch behandelt; bereits in diesen Berichten wurde geschildert, dass Frau B. darüber klage, von ihrem Mann „tyrannisiert“ zu werden; der Mann habe „einen Bekannten auf sie angesetzt“, um sie fertig

zu machen (was dieser über Drohungen und sie ängstigende Prophezeiungen getan habe). Die BehandlerInnen stellten die Diagnose einer Paranoiden Schizophrenie und zweifelten am Realitätsgehalt ihrer Schilderungen. Frau B. brach die stationäre Behandlung ab; es lagen keine Zurückhaltungsgründe vor. Die verordnete neuroleptische Medikation nahm sie nur für eine kurze Zeit ein.

Bei Aufnahme in unsere teilstationäre Behandlung schildert Frau B., dass sie in den Folgejahren keine psychiatrische Hilfe in Anspruch genommen habe. Sie sei aus Mangel an Alternativen bei ihrem Mann geblieben und man habe „ein Arrangement“ gefunden. Die Feindseligkeiten hätten aber weiterbestanden. Eskaliert sei die Situation nun durch eine Tätlichkeit des Mannes. Sie habe sich danach endgültig zur Trennung entschieden. Sie habe erreicht, dass der Mann die gemeinsame Wohnung habe verlassen müssen. Nun sei er noch feindseliger ihr gegenüber eingestellt und würde ihr „mit seinen Methoden und seinen Kontakten zu einflussreichen Personen“ das Leben schwer machen. Um damit besser umgehen zu können und um psychisch stabiler zu werden, um „ihm etwas entgegenzusetzen“, wende sie sich nun an die Tagesklinik.

Soziale Situation zum Zeitpunkt des Therapiebeginns in der Tagesklinik: Sie schildert dazu, von den Unterhaltszahlungen ihres Mannes für ihre Kinder, von einem geringfügigen Beschäftigungsverhältnis als Reinigungskraft und von aufstockender Sozialhilfe zu leben. Eine medikamentöse Behandlung lehnte sie strikt ab.

Diagnostische Einschätzung: Die von ihr formulierten Beschreibungen können im psychopathologischen Sinne als Beziehungsideen und in diesem Sinne als grenzwertig wahnhaft verstanden werden. Sie teilt ein „Denkmodell“, das nicht völlig bizarr ist, aber doch wahnhaft.

Auch unter Einbeziehung fremdanamnestischer Angaben (gemeinsames Gespräch mit der 18-jährigen Tochter) kamen wir zur Einschätzung, dass die Beschreibungen von Frau B. zum Teil auf realen Ereignissen beruhen, zum Teil aber als wahnhaft und wirklichkeitsverzerrend anzusehen sind. Die diagnostischen Kriterien einer schizophrenen Störung werden nicht erfüllt. Der diagnostische Interview-Leitfaden führte zur Diagnose einer schizoaffektiven Störung.

Unsere Empfehlung einer kombinierten Therapie mit psychotherapeutischer Schwerpunktsetzung, unterstützt durch eine neuroleptische, reizabschirmende Medikation und Einbeziehung sozialpsychiatrischer Dienste lehnte sie ab: Sie wolle keine Medikamente und sie wolle keine sozialpsychiatrischen BetreuerInnen, um – auch vor dem Hintergrund zukünftiger juristischer Auseinandersetzungen mit ihrem Ex-Mann – nicht als psychisch krank eingestuft zu werden.

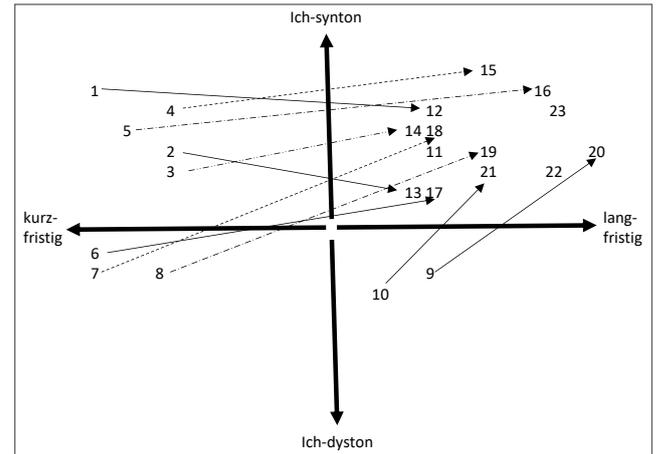
Auf der Grundlage dieser begrenzten Behandlungs-Compliance entschieden wir uns dafür, die Compliance zu nutzen, die die Patientin über die Formulierung ihrer Zielsetzungen in die therapeutische Arbeit einzubringen bereit war. Diese umfassten den Wunsch nach Stabilisierung, das Schaffen eines angstärmeren Raumes und

die Unterstützung im Konflikt mit ihrem Ex-Mann. Die auf diese Therapieziele gegebene Compliance wollten wir nutzen und nicht dadurch gefährden, dass wir ihre Schilderungen als im Wesentlichen psychotisch klassifizierten und damit eine neuroleptische Medikation als vorrangig, das psychotherapeutisch orientierte Arbeiten mit ihr als nachrangig einstufen. Wir bemühten uns, sie in ihrem Erleben zu validieren, nahmen aber gegenüber ihren Deutungen und Bewertungen eine neutrale Position ein bzw. setzten unsere Deutungen und Bewertungen dagegen. Wir achteten darauf, dass der „Kampf um die Wahrheit“ keinen zu großen Raum einnehmen sollte und legten den Fokus auf die Frage, was ihr helfen könne, gemäß ihrer Zielsetzung stabiler und selbstwirksamer zu werden.

Über die Arbeit mit der 4-Felder-Tafel bemühten wir uns mit Frau B. um eine Fokusverschiebung weg von der Frage der Wahrheit, hin zu der Frage der Nützlichkeit.

Die erstellte Tafel bei Frau B gestaltete sich wie folgt: Bei jedem Element, das in den Feldern A, C und D lag, wurden Zielsetzungen und Zielerreichungsstrategien entwickelt, wie der Transfer „in Richtung B“ erfolgen konnte.

Abb. 2: Die 4-Felder-Tafel im Fallbeispiel



In der folgenden Tabelle 1 werden die wichtigsten „Transfer-Bemühungen“ zusammengefasst. Psychopathologisch anmutende Elemente im Quadrant B wurden dort gelassen, weil sie für die Patientin sinnstiftend und konstitutiv für ihr Selbstkonzept erschienen. Allerdings wurden sie „angereichert“, damit sie eine noch größere positive Wirkung entfalten konnten.

Tab. 1: Therapeutische Umsetzung der Anreicherung des „Ziel-Quadranten B“

| Quadrant | Nr. in Abb. 2 | Inhalt   | Nr. in Abb. 2 | Transformationsprozess in Quadrant B  |
|----------|---------------|--|---------------|---|
| A        | 1             | Hassgefühle gegenüber dem Mann; Abwertung des Mannes; beides „bringt“ kurzfristig ein Gefühl von Macht und Überlegenheit                             | 12            | Anerkennen, dass es einmal eine gegenseitige Attraktion gab; Anerkennen, dass er einen anderen Weg genommen hat; wertschätzen, dass er der Vater der Kinder ist; sich der gemeinsamen Verantwortung gegenüber den Kindern bewusst werden; sein „Karma“ anerkennen und wertschätzen, dass er „eine Last zu tragen hat“ |
| A        | 2             | Angstgefühle, Vorsorge- und Vermeidungsverhalten und ständiges Besorgtsein über die potenzielle Bedrohung seitens des Ex-Mannes und dessen Netzwerks | 13            | Anzeige erstatten, wenn sie Opfer einer objektivierbaren Straftat ist. Das Gespräch suchen, um „erwachsen“ mit einem potenziellen Konflikt umzugehen. Das destruktive „Ich mach dich fertig“-Spiel ihrerseits nicht mitspielen  |
| A        | 3             | Die Nachbarin bei der Polizei anzeigen wegen vermeintlichen Stalkings  | 14            | Sich um ein respektvolles Nebeneinander als Nachbarinnen bemühen, auch wenn man „nicht auf der gleichen Wellenlänge ist“. Höflichkeit, zivilisiertes miteinander Umgehen  |
| A        | 4             | Musik als Ablenkung und Berieselung  | 15            | Bewusster Musik hören; ein Musikinstrument erlernen   |
| A        | 5             | Essen als kurzfristig wohltuende Ablenkung, schnelle Verstärkerwirkung   | 16            | Bewusstes Ernährungsverhalten; feinere Küche, Kochkurs besuchen; sich mit „Ernährung und Lebensmitteln“ auseinandersetzen   |
| C        | 6             | Aversiv erlebte Kontakte zur Nachbarschaft   | 17            | Konstruktives Interaktions-/Konfliktverhalten gegenüber den Nachbarn  |
| C        | 7             | Aversiv erlebtes Erziehungsverhalten bzw. Kontakte zu den Kindern  | 18            | Reflektion und Veränderung des Erziehungsverhaltens   |
| C        | 8             | Termine mit der Fallmanagerin  | 19            | Vorbereitung auf die Termine; die Fallmanagerin zur „Verbündeten“ machen, um mit ihrer Unterstützung eine bessere Arbeit zu finden oder eine Weiterbildungsmaßnahme vermittelt zu bekommen  |
| D        | 9             | Arbeit als Frisörin<br>Arbeit als Reinigungskraft  | 20            | Suche nach einer sinnstiftenderen Tätigkeit/Weiterbildung   |
| D        | 10            | Führen eines sozial zurückgezogenen Lebens, obwohl sie sich als gesellig einstuft  | 21            | Kontakte knüpfen und pflegen; Yoga-Kurs, Mal-Kurs, eigeninitiierte Gruppe bilden  |
| B        | 11            | Überzeugungen: „Es gibt Seelenwanderung; es gibt transgenerationale Schuld.“ Ich stehe in einer Tradition von unterdrückten Frauen.                  | 22            | Beschäftigung mit der eigenen Familie und den „Ahnen“: An welche „Tradition“ möchte ich anknüpfen? Wen nehme ich mir als „Vorbild“ aus meiner Ahnenreihe?   |
|          |               |  | 23            | Engagement für Frauenrechte; Mitarbeit in entsprechenden Vereinen und Organisationen  |

Damit erwies sich die Orientierung an der 4-Felder-Tafel als hilfreich, sich nicht in Debatten zu verlieren, die die therapeutische Arbeitsbeziehung gefährden und einen nochmaligen Therapieabbruch zufolge gehabt und Frau B. ganz aus dem (sozial-)psychiatrischen Unterstützungskontext exkludiert hätten. Es gelang die Ausrichtung auf ein gemeinsames (von Patientin und BehandlerInnen geteiltes) übergeordnetes Ziel (ein gegenüber variierenden Kontextbedingungen stabileres ich-syntones Erleben). Die dabei erzielte Reduktion der psychiatrischen Symptomatik kann eher als „erwünschte Nebenwirkung“ und weniger als Effekt gezielter symptomspezifischer Interventionen verstanden werden.

## 6. Schlussfolgerung

Die vorgestellte 4-Felder-Tafel kann therapieschulenübergreifend der TherapeutIn, der PatientIn, dem Team und den involvierten Mit-BehandlerInnen als Orientierung für die Richtung des therapeutischen Prozesses dienen und kann davor bewahren, sich in frustrierende Therapiesackgassen zu manövrieren. Gerade für PsychotherapeutInnen, die auf einer schematherapeutischen Grundlage arbeiten, hilft die 4-Felder-Tafel, den therapeutischen Prozess zu strukturieren und zu überblicken, analog der „Matrix“ (Polk & Schöndorff, 2014), die es ACT-TherapeutInnen ermöglicht, das Erleben und Verhalten der PatientIn auf der Basis des zugrunde gelegten Modells einzuordnen und zu verstehen.

Die 4-Felder-Tafel unterstützt das schematherapeutische Arbeiten, weil darin das Agieren und Erleben in den verschiedenen Modi „verortet“ werden kann. Für BehandlerInnen und PatientIn kann das gemeinsame Befüllen und Anreichern des Quadranten B das therapeutische Arbeitsbündnis stärken und die Therapieziele prozessorientiert monitoren.

## Literatur

- Becker, E. & Markgraf, J. (2016). Generalisierte Angststörung. Ein Therapieprogramm. Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial. Weinheim: Beltz.
- Bohus, M. & Arehult, M. (2012). Interaktives SkillsTraining für Borderline-Störungen. Stuttgart: Schattauer.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2011). BPTK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPTK.
- Caspar, F. (2010). Wieallgemein ist Grawes „Allgemeine Psychotherapie“? Psychotherapie im Dialog, 1, 15-21. Doi:10.1055/s-0029-1223487.
- Elbert, T., Hermenau, K., Hecker, T., Weierstall, R. & Schauer, M. (2012). FORNET. Behandlung von traumatisierten und nicht-traumatisierten Gewalttätern mittels Narrativer Expositionstherapie. In J. Endrass, A. Rossegger, F. Urbanik und B. Borchard (Hrsg.), Interventionen bei Gewalt- und Sexualstraftätern. Risk-Management, Methoden und Konzepte der forensischen Therapie (S. 255-276). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Grawe, K. (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Grün, A. (2019). Das Kleine Buch der Tugenden. München: Pattloch-Verlag.
- Harris, R. (2011). ACT leicht gemacht – Ein grundlegender Leitfaden für die Praxis der Akzeptanz- und Commitment-Therapie. Freiburg im Breisgau: Arbor Verlag.
- Heidenreich, T. & Michalak, J. (Hrsg.) (2009). Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie: Ein Handbuch. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Hofmann, A. (Hrsg.) (2014). EMDR, Praxishandbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. Stuttgart: Thieme.
- Linehan, M. M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York London: Guilford Press.
- Luhmann, N. (1997). Selbstreferentielle Systeme. In F. B. Simon (Hrsg.), Lebende Systeme. Wirklichkeitskonstruktionen in der Systemischen Therapie. Frankfurt a. M.: Suhrkamp taschenbuch wissenschaft.
- Maturana, H. & Varela, F. (2009). Der Baum der Erkenntnis. Die biologischen Wurzeln menschlichen Erkennens. Frankfurt a. M.: S. Fischer Verlag.
- Nissen, L. & Sturm, M. (2018). Emotionsvermeidung überwinden – eine integrative Methode zur Regulierung des inneren Alarmsystems. Paderborn: Junfermann.
- Polk, K. L. & Schöndorff, B. (2014). ACT Matrix: A New Approach to Building Psychological Flexibility Across Settings and Populations. Oakland: New Harbinger Publications.
- Roediger, E. (2015). Raus aus den Lebensfallen. Das Schematherapie-Patientenbuch. 2. Auflage. Paderborn: Junfermann.
- Roediger, E. (2016). Schematherapie. Grundlagen, Modell und Praxis. 3. Auflage. Stuttgart: Schattauer.
- Roediger, E. & Brehm, M. (2013). Psychotherapie ist ... das Beste aus verschiedenen Welten. Schematherapie als Beispiel einer assimilativen Integration. Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin, 34 (3), 322-339.
- Schmid, B. (2008). Intuition und Professionalität. Systemische Transaktionsanalyse in Beratung und Therapie. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Schmidt, G. (2004). Liebesaffären zwischen Problem und Lösung – hypnosystemisches Arbeiten in schwierigen Kontexten. Heidelberg: Auer-Verlag.
- Schuchardt, J. & Roediger, E. (2018). Schematherapie (Handwerk der Psychotherapie, Band 7). Tübingen: Psychotherapieverlag.
- de Shazer, S. & Dolan, Y. (2015). Mehr als ein Wunder: Die Kunst der lösungsorientierten Kurzzeittherapie. Heidelberg: Auer-Verlag.
- Seligman, M. (2015). Chris Peterson's unfinished masterwork: The real mental illnesses. Journal of Positive Psychology: Special issue in memory of Chris Peterson, 10(1), 3-6. doi:10.1080/17439760.2014.888582.
- Solomon, R. L. (1980). The opponent-process theory of acquired motivation: The costs of pleasure and the benefits of pain. American Psychologist, 35(8), 691-712. https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.8.691.
- Storch, M. & Krause, F. (2007). Selbstmanagement-ressourcenorientiert; Grundlagen und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Züricher Ressourcenmodell (ZRM). Bern: Huber.
- von Schlippe, A. & Schweitzer, J. (2016). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2005): Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch. Paderborn: Junfermann Verlag.

Zarbock, G. (2014). Einladung zur Schematherapie: Grundlagen, Konzepte, Anwendung. Mit E-Book inside. Weinheim/Basel: Beltz.

## Autor

### Dr. Dipl.-Psych. Matthias Krüger

Psychologischer Psychotherapeut; Arbeitsschwerpunkte: Entwicklung eines Behandlungskonzeptes über die Integration von ACT, Dialektisch-Behavioraler Therapie und Schematherapie, Integration von Schematherapie und EMDR.



Psychiatrische Tagesklinik Friedrichshafen  
Merkurstraße 3  
D-88046 Friedrichshafen  
Telefon: +49 7541 60010  
Matthias.Krueger@tagesklinik-fn.de

- <sup>1)</sup> Das Reinigen des Katzenklos kann überwiegend im Quadranten C – kurzfristig/ich-dyston – („Ich bin genervt, sehe keinen Sinn darin, erlebe mich vom Katzenkloreinigen abgehalten, das zu tun, was ich eigentlich tun möchte, ...“) stattfinden. Die Handlung kann sich aber auch – und das wäre dann ein Parameter für Therapieerfolg – in die Quadranten A und sogar B (langfristig/ich-synton) verlagern und zunehmend als ich-synton erlebt werden: „Ich bin im Hier und Jetzt, erlebe die Handlung als Teil des Lebens und nicht als lästiges Hindernis, um meinem vermeintlich eigentlichen nachzugehen. Weiter spüre ich dabei implizit oder explizit eine Verbundenheit mit den mir wichtigen Werten: z. B. Reinlichkeit des Haushaltes, Tierliebe, Teilen der Arbeiten im Haushalt mit meinen MitbewohnerInnen, Erledigen von sicherheitsstiftenden Routinen.“
- <sup>2)</sup> Die schematherapeutische Stühlarbeit bietet sich an, mit der Patientin/dem Patienten das Ausmaß der Stimmigkeit „explizit“ zu machen, indem sie/er gebeten wird, vom Stuhl aufzustehen und zusammen mit der Therapeutin/dem Therapeuten auf den Stuhl, den die Patientin/der Patient eingenommen hatte, „von oben“ zu schauen und diese Position dazu zu nutzen, über sich in der dritten Person Beschreibungen anzufertigen. Die auf diese Weise gestellten Fragen („Wie geht es ihr als ... Mutter, Tochter, KollegIn, Freundin ...?) können das Implizite, nicht versprachlichte, in Sprache bringen und explizit machen.
- <sup>3)</sup> Der Wert „Bewegung“ wird auch umgesetzt vom 90-jährigen Rollator-Nutzer, der das Ziel „Marathon“ nicht mehr anstreben kann bzw. frustriert wäre, wenn er es täte. Er bleibt aber im Sinne von Lebenszufriedenheit im Quadranten B, weil er sich – orientiert an seinem Wertesystem – bewegt.