

## Möglichkeiten im Umgang mit dem Distanzierten Beschützer

- Das Distanzierte-Beschützer-Verhalten **markieren** und als solches **ansprechen**: *„Dass Ihnen jetzt ‚gar nichts‘ einfällt, ist okay. Da schiebt sich ihr Distanzierter Beschützer bzw. die ‚Mauer‘ dazwischen. Aber wonach sehnt sich das Verletzbare Kind hinter der Mauer eigentlich?“*
- Eine validierende Psychoedukation über die **früher positive Funktion** des Distanzierten Beschützers in der Vergangenheit und heutige Nachteile: *„Ja, früher war das die beste Möglichkeit, sich vor Verletzungen oder weiteren Entwertungen zu schützen. Aber die Mauer, die Sie damals schützte, wird jetzt zum Gefängnis.“*
- Zunächst geduldig, evtl. immer aktiver **dranbleiben und nachfragen** (ggf. unterstützt durch eine Selbstoffenbarung wie *„das fällt mir jetzt selbst schwer, so hart nachzufragen, aber ...“*) und die emotionale Spannung erhöhen, bis der Patient instabil wird und evtl. zunächst in einen Aggressiven Beschützer und dann in einen Kind-Modus umkippt. Ein sehr anschauliches Beispiel dazu zeigt der Film „Good Will Hunting“. Die durchschimmernden **Gefühle** werden auf den **Kindstuhl** gesetzt
- Den Blick auf das **innere Körpererleben** der Patienten lenken: *„Das sagt Ihr Kopf, aber was fühlen Sie in der Brust oder im Bauch?“* Für diese ungewohnte Perspektive haben „kopflastige“ Patienten keine fertigen Antworten, was die Chance steigert, dass sie wirklich „hinschauen“.
- Auf äußerlich **sichtbare Körpersymptome** achten (Hände, Gesicht, Fußbewegungen), diese ansprechen und gegebenenfalls verstärken lassen: *„Was machen Sie da mit Ihren Händen?“, „Was ist da?“, „Was möchten die vielleicht sagen?“*
- **Zwei-Stühle-Dialoge** mit dem Distanzierten Beschützer (*„Seit wann bist Du da, wofür bist Du gut, was verhinderst Du, was soll auf keinen Fall passieren, unter welchen Bedingungen kannst Du schwächer werden ...“*). Dabei werden die **„Aufträge“** der Innere-Eltern-Modi deutlich (*„Ich muß funktionieren, darf keine Schwäche zeigen“*). Das wird in „Du“-Form übersetzt und auf den **Eltern-Stuhl** gesetzt.
- Mit dem Patienten ein **Experiment** nur für diese Stunde vereinbaren, danach darf der Distanzierte Beschützer wiederkommen (was ja auch tatsächlich so ist!).  
Metapher: Stadttore (die unter Kontrolle des GE stehen) in die Mauer einbauen.

- Der Distanzierte Beschützer sitzt auf einem Stuhl und der Gesunde Erwachsene des Patienten sowie der Therapeut stehen beide auf machen eine „**Supervisionssitzung**“ und besprechen, was die (kurzfristigen) Vor- und (langfristigen) Nachteile des Distanzierten Beschützers sind und wie dieser vermutlich auf den Therapeuten wirkt.
- Der Therapeut setzt den Patienten auf den Kindstuhl hinter dem Distanzierten Beschützer und gibt eine **Selbstoffenbarung** seines Erlebens, wie der Distanzierte Beschützer ihn selbst lähmt oder sogar ärgerlich macht, gegebenenfalls unter Aufteilung des Therapeuten: *„Mich bedrückt es einfach, wenn ich sehe, wie du hinter der ‚Mauer‘ verhungert. Ich finde, das hat das Kind nicht verdient! Ein Teil in mir kann ja verstehen, dass die Beschützer dir weitere Verletzungen ersparen wollen. Aber wünschst du dir eigentlich? Aber niemand würde sein eigenes Kind so einsperren. Die nehmen dir dein ganzes Leben weg. Das ist nicht fair. Da gäbe es auch andere Möglichkeiten. Was würden denn gute Eltern machen?“*
- Man kann die Patienten auffordern, besonders auch nachts **E-Mails** an den Therapeuten zu schreiben, denn nachts (evtl. sogar unter Alkoholeinfluss) ist der Distanzierte Beschützer schwächer! Die Mails können dann selbstwertschonend nachbesprochen werden.
- Der Therapeut verdeutlicht, dass es in der Therapie nicht weitergeht, wenn er nicht in Kontakt mit der Kindseite kommt und bietet längere Intervalle zwischen den Sitzungen oder eine **Therapiepause** an, damit der Patient den dosierten „Beziehungsentzug“ spürt und sich evtl. etwas in der inneren Dynamik des Patienten verändert.