

Eckhard Roediger

3. Auflage



Schematherapie

Grundlagen, Modell und Praxis

Eckhard Roediger

Schematherapie

3. Auflage

Eckhard Roediger

Schematherapie

Grundlagen, Modell und Praxis

3., vollständig überarbeitete Auflage

Mit 33 Abbildungen und 35 Tabellen

 **Schattauer**

Dr. med. Eckhard Roediger
Frauenlobstraße 64
60487 Frankfurt a. M.
kontakt@eroediger.de
www.schematherapie-roediger.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis:

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

Schattauer

www.schattauer.de

© 2009, 2011, 2016 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Umschlagabbildung: Elines Hoffmann

Gesetzt von Eberl & Koesel Studio, Altusried-Krugzell

Gedruckt und gebunden von CPI – Clausen & Bosse, Leck

Projektleitung: Alina Piasny

Lektorat: Marion Lemnitz, Berlin

ISBN 978-3-608-42992-3

PDF-E-Book ISBN 978-3-608-26814-0

1. Nachdruck, 2022

Für meinen Vater

dem ich nun doch ähnlicher wurde als ich wollte

und für Bryn Jones

dem ich verdanke, dass ich doch nicht ganz so wurde wie mein Vater

Vorwort

Die Schematherapie, wie sie von Jeffrey Young vor inzwischen fast 30 Jahren konzipiert und dann weiter ausdifferenziert wurde, war zunächst eine Erweiterung der Kognitiven Verhaltenstherapie, die er bei Aaron Beck erlernt hatte. Inzwischen ist die Entwicklung der Psychotherapie in mehrere Richtungen weitergegangen. Zum einen erlebte die psychodynamische Perspektive insbesondere durch die bildgebenden Verfahren eine Renaissance, weil deutlich wurde, wie »substratnahe«, d. h. früh angelegte, körperlich verankerte, unbewusste Prozesse das menschliche Erleben und Verhalten maßgeblich und nachhaltig beeinflussen. Zum Zweiten hat sich mit der »Relational Frame Theory« (deutsch: Bezugsrahmentheorie; Hayes et al. 1999) und den daraus entwickelten Methoden der sog. »dritten Welle« (Hayes 2004) innerhalb der Verhaltenstherapie ein neues kognitives Bezugssystem etabliert, in das die Schematherapie eingebettet werden kann (► Roediger u. Zarbock 2013). Zum Dritten bekommen die interpersonale Dimension und damit die sozialen Einflüsse auf das sich entwickelnde Bewusstsein bis hinein in die körperlichen Prozesse wieder eine zunehmende Bedeutung im wissenschaftlichen Diskurs (sog. »kulturelle Neurowissenschaften« bzw. Dan Siegels »Interpersonale Neurobiologie«, 2012). Der Mensch wird dabei als Akteur in der Schnittstelle zwischen physiologisch-körperlich bedingter (System 1), gedanklich-selbstreflexiver (System 2) und narrativ-interpersonaler Ebene (System 3) verstanden (► Kap. 1).

Die nunmehr dritte Auflage versucht diesen Entwicklungen Rechnung zu tragen, indem um den etablierten Kern des Schematherapiemodells ein konzeptueller Rahmen gelegt wird, durch den die Schematherapie anschlussfähig und in diese Entwicklungen eingebettet wird. Young selbst hat in seinem grundlegenden Buch (Young et al. 2003) viele dieser Bezüge angedeutet, die hier ausgeführt werden, wie z. B. das Verständnis der Kind-Modi als »primär emotionalen Zustand« (Young 2010). Darüber hinaus werden die von Young nur cursorisch erwähnten Wurzeln der Schematherapie konkret benannt. Dies soll den »Riesen« Tribut zollen, auf deren »Schultern« die Schematherapie steht und deren Früchte sie mit ihrem integrativen Konzept erntet. Der Rekurs auf die neurobiologischen Grundlagen soll aber nicht einer unkritischen »Neuromythologie« (Hasler 2012) Vorschub leisten. Viele Zusammenhänge sind noch hypothetisch und werden kontrovers diskutiert, aber sie tragen zu einem komplexeren und fundierteren Therapiemodell bei (► Kap. 2).

Gute Modelle und Theorien helfen, die Komplexität der Phänomene zu reduzieren und handlungsleitende Ordnungsstrukturen zu entwickeln, um rational und zielgerichtet psychotherapeutisch arbeiten zu können. Die so entwickelten Konzepte werden dann sekundärwissenschaftlich evaluiert, »aber letztlich erklärt sich das therapeutische Handeln nicht aus der Forschung« (Young 2010, S. 309). Die Herleitungen und Bezüge sollen die Leser in die Lage versetzen, konzeptgeleitet eigenständige, individuelle Entscheidungen, bezogen auf eine allgemeine, dimensional gedachte »Landschaft der Persönlichkeit«, zu entwickeln (► Kap. 3). Dies

spiegelt den Geist des alternativen Modells des DSM-5 wider, in dem neben dem kategorialen ein dimensionaler Ansatz eingeführt wird.

Um aber auch Anfängern eine praktische Hilfestellung zu geben, werden parenthetisch in den Tabellen manualartig systematische Abfolgen und im Text konkrete Formulierungsvorschläge angeboten, die den Einstieg in die Arbeit mit den erlebnisaktivierenden Techniken (► Kap. 4) und den Umgang mit schwierigen Therapiesituationen (► Kap. 5) erleichtern sollen. Abschließend wird kurz auf den Stand der wissenschaftlichen Absicherung und die Fortbildungsmöglichkeiten eingegangen (► Kap. 6).

So schreitet das Buch schrittweise von den Grundlagen (► Kap. 1) über eine differenzierte Darstellung aller Teile des Modells einschließlich ihrer inhaltlichen Zusammenhänge (► Kap. 2) zu einer an den Wirkfaktoren Grawes et al. (1994) orientierten Darstellung der Beziehungsgestaltung und des Therapieprozesses (► Kap. 3) voran und leitet das therapeutische Vorgehen immer wieder aus den Grundlagen ab. Die zentralen Gedanken werden durch Merksätze hervorgehoben, detaillierte Hintergrundinformationen in Exkursen ergänzt und – besonders in den Kapiteln 4 und 5 – der Praxisbezug durch zahlreiche Fallbeispiele und Transkripte gewährleistet. Ein detailliertes Sachverzeichnis unterstreicht den Lehrbuchcharakter und erleichtert den Zugriff auf spezielle Inhalte. Darüber hinaus können weitere Anleitungen und animierte Darstellungen kostenlos heruntergeladen werden (www.schematherapie-roediger.de/blatt/index_blatt.htm).

Das Buch enthält gegenüber dem in vielen anderen Büchern beschriebenen, ursprünglichen Modell der Schematherapie zahlreiche Erweiterungen, wie z. B. die Bezüge zu Grawes Konsistenztheorie mit der Anordnung der Modi in einer hintergründigen Motiv- und einer vordergründigen Bewältigungsebene, den Bezug zum Szenischen Verstehen (Argelander 1979), den systematischen Einsatz von Achtsamkeit und metakognitiven Strategien sowie das sog. B-E-A-T-E-Modell zur Selbstregulation und manches andere, um die Behandlungsoptionen zu vergrößern bzw. in einen breiteren Kontext innerhalb der sich weiterentwickelnden Psychotherapie zu stellen.

Der Herausforderung, eine Sprachform zu finden, die den verschiedenen Geschlechtern Rechnung trägt, versuche ich zu begegnen, indem ich überwiegend den Plural verwendet habe. Das stellt den Versuch dar, zwischen »männlicher Ignoranz« und »politischer Korrektheit« einen lesbaren Mittelweg zu finden. Der öffentliche Diskurs hat diesbezüglich leider noch nicht zu einer befriedigenden Lösung geführt. Daher sei dieser Versuch erlaubt.

Nun wünsche ich allen Lesern und ihren Patienten viel Gewinn bei der Arbeit mit diesem Buch.

Danksagung

An dieser Stelle darf der Dank an alle, denen dieses Buch zu »verdanken« ist, nicht fehlen. Dies sind in allererster Linie die Patienten, die sich uns anvertrauen und uns »belehren«, wenn wir uns wirklich auf sie einlassen. Es sind aber auch all die Menschen, die mich durch ihre wachen und kritischen Fragen in der Supervision oder den Workshops immer tiefer in die Grundlagen der Schematherapie haben eindringen lassen. Mein Verständnis ist tatsächlich über all' die Jahre an diesen Fragen immer weiter gewachsen. Das hat viel Freude gemacht.

Von den vielen Kollegen, die mich inspirierten, möchte ich drei besonders hervorheben, die meine Entwicklung maßgeblich beeinflusst haben und ohne die es dieses Buch nicht gäbe: Markus Pawelzik, der mich von der psychodynamischen zur Verhaltenstherapie und später zur Schematherapie brachte, Ralf Schneider, den ich als meinen »psychologischen Mentor« bezeichnen möchte, und Jeffrey Young, ohne den wir alle dieses mutige und integrativ-gelungene Konzept nicht hätten.

Mein besonderer Dank gilt darüber hinaus meinen Kollegen und Freunden Gerhard Zarbock, Lukas Nissen und Anke Handrock für unsere leidenschaftlichen konzeptionellen Auseinandersetzungen. Dies hat mich ebenso weitergebracht wie die vielfältigen Kontakte und Anregungen im Rahmen meiner Tätigkeit im Vorstand der Internationalen Gesellschaft für Schematherapie (ISST), deren Präsident ich gegenwärtig bin.

Auch gilt mein Dank all meinen Mitstreiterinnen und Mitstreitern im Frankfurter Institut für Schematherapie sowie den anderen Institutsleitern, die wir uns gemeinsam und manchmal auch kontrovers für die Verbreitung der Schematherapie einsetzen. Der kritische Diskurs bringt uns alle weiter.

Dem Verlag danke ich für die ansprechende Ausstattung und den Lektorinnen Marion Lemnitz und Alina Piasny für die reibungslose Zusammenarbeit. Frau Hoffmann danke ich erneut für die »Fußabdrücke« und meiner Familie (der ich nun nicht mehr erklären muss, warum der Laptop so lange wichtiger war als vieles andere) für ihre Geduld. Alle, die ich nicht namentlich erwähnt habe, mögen mir das nachsehen.

Dankbar bin ich auch für die positiven Rückmeldungen zu den ersten beiden Auflagen und all denen, die das Buch gelesen und weiterempfohlen haben. Die gute Resonanz hat mir gezeigt, dass das Konzept stimmt, und mich beim Schreiben der dritten Auflage angespornt.

Eckhard Roediger

Liste der Transkripte

- Stühle-Dialog: Zugang zum Ärger bekommen und Entwerter entmachten (► S. 125)
- Stühle-Dialog bei einem Patienten mit Zwängen (► S. 132)
- Imagination mit einer agoraphobischen Patientin (► S. 132)
- Diagnostischer Stühle-Dialog bei Prüfungsangst (► S. 188)
- Imagination: Entmachtung durch den Therapeuten (► S. 273)
- Lösungsimagination (► S. 287)
- Stühle-Dialog mit einem distanzierenden Beschützer (► S. 292)
- Stühle-Dialog mit einem Überkompensierer (► S. 294)
- Stühle-Dialog: Demaskieren der toxischen inneren Antreiber (► S. 305)
- Ablauf einer Stunde: Den distanzierenden Beschützer umgehen (► S. 311)
- Stühle-Dialog: Entmachtung durch den Therapeuten (► S. 315)
- Dialog mit einer verliebten Patientin (► S. 391)
- Stühle-Dialog mit einer narzisstischen Patientin (► S. 398)

Inhalt

1 Grundlagen	1
1.1 Geschichte der Schematherapie.	1
1.2 Schematherapie als Erweiterung der Verhaltenstherapie	4
1.3 Psychologische Grundlagen.	12
1.4 Neurobiologische Perspektive.	31
1.5 Bedeutung der frühen Erfahrungen	45
1.6 Mentale und interpersonale Perspektive	57
1.7 Möglichkeiten und Grenzen von Veränderungsprozessen.	61
2 Modelle	77
2.1 Schemamodell	77
2.2 Schemabewältigung	84
2.3 Modusmodell	93
2.4 Ergänzungen zum Modusmodell	124
3 Therapieprozess, therapeutische Beziehung und Therapierational.	145
3.1 Therapieziele und Therapiephasen	145
3.2 Therapeutische Wirkfaktoren	152
3.3 Ressourcenaktivierende Beziehungsgestaltung.	155
3.4 Problemaktualisierung durch emotionale Exposition	179
3.5 Mentalisierung und motivationale Klärung	184
3.6 Neubewertung und Handlungsvorbereitung	193
3.7 Trainingsparadigma zur Stabilisierung der Problembewältigung	197
3.8 Gestaltung der Therapiestunden	198

4	Spezielle Techniken	201
4.1	Schematherapeutische Fragebögen	202
4.2	Schematherapeutische Fallkonzeptionen	215
4.3	Emotionale Aktivierung und Imaginationsübungen	230
4.4	Modusdialoge auf Stühlen	289
4.5	Einleitung der Verhaltensänderung	323
4.6	Verhaltensübungen	333
5	Besondere und schwierige Therapiesituationen	353
5.1	Arbeiten mit der therapeutischen Beziehung	354
5.2	Umgang mit Krisen einschließlich Suizidalität	358
5.3	Selbstschädigendes Verhalten	362
5.4	Aggressivität und überschießende Emotionen (Überkompensation)	366
5.5	Stockende Therapieprozesse und fehlende Emotionen (distanzierte Beschützer)	378
5.6	Sehr unterwürfige oder verliebte Patienten	389
5.7	Somatisierung oder komorbide somatische Erkrankungen	393
5.8	Narzisstische Patienten	396
5.9	Ablösungsphase und Therapieende	401
5.10	Interpersonale Perspektive	406
6	Ausblick und empirische Absicherung	413
6.1	Aktuelle Entwicklungen	413
6.2	Empirische Absicherung und Stand der Forschung	414
6.3	Fortbildungsmöglichkeiten	417
	Literatur	420
	Sachverzeichnis	442

1 Grundlagen

Inhalt

1.1	Geschichte der Schematherapie	1
1.2	Schematherapie als Erweiterung der Verhaltenstherapie	4
1.3	Psychologische Grundlagen	12
1.3.1	Schemabegriff	12
1.3.2	Emotionale Grundbedürfnisse	16
1.3.3	Beitrag der Synergetik zum Psychotherapiemodell	21
1.4	Neurobiologische Perspektive	31
1.4.1	Neuronale Aktivität als Substrat des Erlebens	31
1.4.2	Neuronale Netze als lernende Strukturen.	35
1.4.3	Informationsverarbeitungs- und Gedächtnissysteme	37
1.5	Bedeutung der frühen Erfahrungen	45
1.5.1	Neurobiologische Aspekte	45
1.5.2	Mentalisierung und Selbstentwicklung	49
1.5.3	Ergebnisse der Bindungsforschung	53
1.6	Mentale und interpersonale Perspektive	57
1.7	Möglichkeiten und Grenzen von Veränderungsprozessen	61
1.7.1	Neurobiologische Aspekte	61
1.7.2	Achtsamkeit und Akzeptanz	71

1.1 Geschichte der Schematherapie

Die Schematherapie wurde von Jeffrey Young auf der Grundlage der Verhaltenstherapie entwickelt, um die symptom- bzw. störungsbezogenen Konzepte der Kognitiven Verhaltenstherapie spezifisch zur effektiven Behandlung von strukturellen bzw. persönlichkeitsbedingten Störungsanteilen zu erweitern. Nach einer Ausbildung bei Joseph Wolpe wurde Young Schüler und später enger Mitarbeiter von Aaron Beck. Bei der Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und -problemen zeigte sich, dass die Kognitive Verhaltenstherapie diesen Menschen nur unzureichend helfen konnte. Young erkannte die Grenzen der damaligen ko-

gnitiven Therapie im Hinblick auf diese psychischen Störungen und suchte nach neuen Behandlungsmethoden. Im Zuge der Auseinandersetzung mit der Gestalttherapie lernte er die Bedeutung ihrer Techniken für die Aktivierung von emotionalen Prozessen in der Therapie kennen. Daraufhin begann er – inspiriert von Kelly (1955) sowie Guidano und Liotti (1983) auf der Grundlage des entwicklungsorientierten Schemakonstruktes von Piaget (1976) – in den 1980er-Jahren den Schemabegriff mit dem Fokus auf emotionale Schemaanteile weiterzuentwickeln und veröffentlichte 1990 sein erstes Schemamodell (Young 1990). Mit dieser Beobachtung stand Young nicht allein: So weist die Kognitiv-Behaviorale Therapie z. B. bei der Generalisierten Angststörung vergleichsweise niedrige Effektstärken auf, weil die Therapieeffekte durch Probleme bei der Emotionsverarbeitung und in interpersonalen Beziehungen gemindert werden, was durch eine Erweiterung der Therapie mithilfe eines interpersonal-emotionalen Fokus gebessert werden kann (Newman et al. 2008).

Wesentliche Erweiterungen gegenüber dem kognitiv-behavioralen Ansatz und dem Schemakonzep von Beck et al. (1979) sind Youngs Verständnis der therapeutischen Beziehungsgestaltung, die Berücksichtigung der Bedeutung der frühen Beziehungserfahrungen, der systematische Einsatz von Imagination zur Schemaaktivierung und einige Methoden aus der Gestalttherapie wie z. B. Dialoge auf mehreren Stühlen. Young (2010) sagt selbst, dass drei Elemente gegeben sein müssen, damit eine Therapie als Schematherapie bezeichnet werden könne:

- eine auf das Schema- bzw. Modusmodell bezogene Fallkonzeption und Therapieplanung
- eine therapeutische Beziehungsgestaltung im Sinne der begrenzten elterlichen Fürsorge (»limited reparenting«)
- der auf die Fallkonzeption bezogene, systematische Einsatz von erlebnisaktivierenden Techniken

Auch wenn dieses erste Modell neue Therapietechniken einsetzte, war es konzeptuell noch stark an die kognitive Therapie angelehnt. In der intensiven Arbeit mit narzisstischen und Borderline-Patienten stellte sich heraus, dass das Konstrukt aus Schemata und Bewältigungsreaktionen zu komplex und zu statisch war, um die rasch wechselnden emotionalen Zustände der Patienten optimal zu konzeptualisieren. Zudem zeigten besonders die Borderline-Patienten in so vielen Schemata Aktivierungen, dass sich daraus keine praktikable Fallkonzeption entwickeln ließ. Daraufhin erweiterten Young et al. (2003; deutsch 2005) das erste Schemamodell zum Schema-Modus-Modell weiter, das stärker auf die im Hier und Jetzt aktualisierten inneren Zustände der Patienten und deren Klärung und Bewältigung abzielt. Damit näherte sich die Schematherapie einen Schritt weiter an psychodynamische Konfliktmodelle an. Man könnte mit den Worten von Peter Fiedler sagen, dass damit »die in der Psychoanalyse vorhandenen Wissensschätze in ihrer wahren Essenz« in den verhaltenstherapeutischen Kontext integriert werden (Fiedler 2010, S. 159; ► auch Roediger u. Dornberg 2010). Diese umfassendere, erlebensnahe Klärungsarbeit in Verbindung mit dem strukturierten Einsatz handlungsbezogener Techniken (schriftliche Arbeitsblätter, praktische Übungen und Hausaufgaben im

Sinne der klassischen Verhaltenstherapie) macht die Schematherapie zu einem Therapieansatz, der innerhalb der Verhaltenstherapie weitgehend das Anliegen von Klaus Grawe umsetzt, der für eine »allgemeine Psychotherapie« genau diese Verbindung von Klärungsarbeit und Handlungsorientierung, eingebettet in eine tragfähige therapeutische Beziehung, forderte (Grawe et al. 1994). Damit wird die Verhaltenstherapie entscheidend erweitert.

Von psychodynamischer Seite andererseits integriert z. B. der Strukturelle Ansatz von Rudolph (2012) zunehmend handlungsorientierte Techniken, sodass hier auf der praktischen Anwendungsebene eine sehr hohe Konvergenz entstanden ist und psychodynamisch arbeitende Therapeuten viele der in diesem Buch beschriebenen Techniken in ihrem konzeptuellen Rahmen anwenden können.

Die Schematherapie ist kein störungsspezifischer Ansatz, sondern will ein teilweise manualisiertes Vorgehen für *alle* Persönlichkeitsstörungen bzw. Achse-I-Symptome aufrechterhaltenen Persönlichkeitsstrukturen bieten.

Die Schematherapie wurde in New York zur Behandlung schwieriger, nicht selten als therapieresistent eingeschätzter Patienten mit narzisstischen oder Borderline-Störungen entwickelt. Dort wird sie im ambulanten Setting als Langzeittherapie über zwei bis drei Jahre mit bis zu zwei Sitzungen pro Woche eingesetzt. In diesem Setting hat sich auch in den Niederlanden in einer ersten kontrollierten und randomisierten Studie ihre Wirksamkeit empirisch bestätigt (Giesen-Bloo et al. 2006). In einer naturalistischen Studie konnten kurz darauf mit ca. 70 Sitzungen über eineinhalb Jahre Borderline-Patienten ähnlich effektiv behandelt werden (Nadort et al. 2009) wie in der zuerst genannten, intensiveren Behandlung (► Kap. 6.2). Darüber hinaus war die Schematherapie auch in der Behandlung sechs weiterer Persönlichkeitsstörungen überwiegend aus dem sog. C-Cluster des DSM mit 50 Sitzungen effektiv (Bamelis et al. 2014). Schematherapie kann also auch innerhalb der Sitzungskontingente der Richtlinienpsychotherapie erfolgreich durchgeführt werden (► Kap. 3). In der Bundesrepublik wurde ab 2002 in Berlin-Havelhöhe ein schematherapeutischer Ansatz erfolgreich für den stationären Einsatz adaptiert. Inzwischen integrieren zahlreiche weitere Kliniken und Tageskliniken Schematherapie in ihr Behandlungskonzept, sodass Schematherapie (vergleichbar mit der Dialektisch-Behavioralen Therapie [DBT]) zunehmend auch in einer Kombination aus stationären und ambulanten Behandlungsabschnitten eingesetzt werden kann (Bohus u. Lieb 2007).

Aufgrund ihrer therapieschulenübergreifend-anschlussfähigen Konzeption ist es durchaus möglich, dass sich auch Therapeuten mit einer psychodynamischen Grundausbildung in die Schematherapie einarbeiten und zertifiziert werden können (Young 2010; ► Kap. 6.3). In Deutschland, Österreich und der Schweiz wird die Schematherapie allerdings überwiegend nicht als eigene Methode verstanden und vermittelt, sondern als ein strukturiertes Konzept innerhalb der Verhaltenstherapie, welches Techniken aus verschiedenen Methoden konsistent in das Verhaltenstherapie-Paradigma integriert. So wird sie auch in diesem Buch dargestellt.

1.2 Schematherapie als Erweiterung der Verhaltenstherapie

In den 1960er-Jahren fußte die Verhaltenstherapie auf der behavioralen Perspektive, die in den 1970er-Jahren durch die »kognitive Wende« (Beck 1967; Ellis 1969) erweitert wurde. Die aktuelle neurobiologische Forschung relativierte allerdings die Rolle der Kognitionen für die Verhaltenssteuerung und zeigte, dass wesentliche Prozesse im Zusammenhang mit der Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen unter dem Primat emotionaler Einflüsse unbewusst reguliert werden (Roth 2001). Die kognitive Therapie versucht diesen Ergebnissen zu entsprechen, indem sie in neuerer Zeit auch implizite (d. h. nicht bewusste) Kognitionen einbezieht (Beck et al. 2004).

Die Schematherapie geht konsequent einen Schritt weiter, indem sie die emotionalen, z. T. unbewussten Prozesse durch erlebnisaktivierende Verfahren (► Kap. 3.4) direkt einbezieht und sie zu einem zentralen Gegenstand der Therapie macht. Gerade diese Techniken scheinen einen erheblichen Beitrag zu einer erfolgreichen Therapie zu leisten (Arntz u. Weertman 1999). Diese werden, eingebettet in die schematherapiespezifische Beziehungsgestaltung, z. T. anders eingesetzt als im Herkunftskontext, was in Kapitel 4 genauer dargestellt wird. Im Hinblick auf diejenigen Methoden, die auf autonome, emotionale Regulationsprozesse fokussieren, spricht Hayes (2004) von einer »**dritten Welle**« in der Verhaltenstherapie. Die Gemeinsamkeit dieser Ansätze besteht darin, eine mentale Distanz zu den aktivierten inneren Prozessen aufzubauen und durch die dadurch gewonnene innere »Beweglichkeit« auf neue, funktionale Verhaltensweisen quasi »überzuwechseln«. Dies bedeutet den Übergang von einer inhaltlichen kognitiven Bearbeitung der dysfunktionalen Schemata (zweite Welle nach dem Behaviorismus) hin zu einer distanzierenden **metakognitiven Haltung** im Sinne einer »dritten Welle« (wobei Fiedler [2010, S. 342] darlegt, dass man eigentlich von der »fünften Welle« sprechen müsste).

Während sich kognitive Ansätze mit den formalen Denkopoperationen und den *Inhalten* des kognitiv verzerrten Denkens auseinandersetzen, werden bei einer metakognitiven Bearbeitung z. B. die *Art* des grübelnden Denkens als Ganzes (unbesehen des konkreten, aktuellen Inhalts) und seine *Auswirkungen* betrachtet (sog. **finale Orientierung**), als dysfunktional eingeschätzt, losgelassen und auf funktionale Gedankeninhalte übergewechselt (Wells u. Matthews 1994).

Ein kognitiver Umgang mit einer Angstsymptomatik könnte z. B. sein, mit den Patienten darüber zu diskutieren, wie wahrscheinlich es ist, dass sie in einem Panik-anfall sterben oder verrückt werden; im Schemamodell könnte man mit einem Schema entsprechend diskutieren. Aus der metakognitiven Perspektive des Modusmodells attribuieren Therapeuten die Panik als das Erleben im Kind-Modus und fragen z. B.: »*Wie würde eine gute Mutter mit diesem panischen Kind umgehen?*« Diese würde mit dem Kind auch nicht diskutieren, sondern die Angst des Kindes anerkennen und es dann direktiv an die Hand nehmen und weitergehen, damit

das Kind die Erfahrung macht, dass die Angst vergeht. Dazu nachfolgend zwei Beispiele, für diese Art zu arbeiten:

Fallbeispiel

Ein Patient leidet beim Autofahren unter Panikanfällen. Der Therapeut sagt: *»Wenn Sie Angst haben, sind Sie im Kind-Modus. Dann können Sie wirklich nicht Auto fahren. Setzen Sie die Angst auf den Beifahrersitz und der Erwachsene fährt weiter, denn der kann ja Auto fahren. Was kann der Erwachsene jetzt dem ängstlichen Kind erzählen, um es abzulenken?«* Nun bekommt der Patient die Aufgabe, die Aufmerksamkeit auf die Autofahrt zu lenken und der Angst wie einem eigenen Kind zu erzählen, was es alles zu sehen gibt. Der Patient wendet ein: *»Das kann ich doch nicht in einer Autobahnbaustelle machen!«*, worauf der Therapeut einwendet: *»Warum denn nicht, Kinder finden Baustellen total interessant! Sie gucken auf die Straße und dann erzählen Sie dem Kind, was Sie nebenbei noch alles sehen ...«* Das Angsterleben wird dabei für den Therapieprozess sozusagen personifiziert, aus dem Erleben »herausgesetzt« und dadurch in seiner Intensität reduziert. Aus einer inneren Dynamik wird eine interpersonelle Dynamik. So kann die Ressource des Erwachsenen-Modus, der ja weiß, wie man mit ängstlichen Kindern umgeht, aktiviert und effektiv eingesetzt werden. Es erleichtert die Therapierarbeit, wenn auf vorhandene Ressourcen zurückgegriffen werden kann.

Ein zweites Beispiel

Eine Patientin leidet unter agoraphobischen Ängsten, wenn sie auf die Straße gehen soll. Für eine begleitete Exposition borgt sich die Therapeutin einen Kinderwagen von einer Freundin aus und sagt: *»Das sind die Ängste eines Kindes, das die Welt mit Kinderaugen betrachtet. Das Kind setzen wir jetzt in den Kinderwagen und wir beiden Erwachsenen gehen jetzt weiter!«* Immer dann, wenn Ängste auftauchen, werden diese symbolisch »in den Kinderwagen gesetzt« und die Patientin als Erwachsene angesprochen. Die gleiche Funktion kann weniger auffällig natürlich auch ein Rucksack oder eine Tasche erfüllen.

Die Idee dabei ist, keine Denkkraft an die dysfunktionalen Gedanken abzugeben, sondern die spontan auftretenden dysfunktionalen Gedanken wahrzunehmen, zu etikettieren und sich dann nicht mehr weiter inhaltlich mit ihnen zu beschäftigen, sondern sie sofort »auf den Rücksitz« bzw. »in den Kinderwagen« zu verorten (etwas abstrakter: durchzuwinken und loszulassen). Dann wird die Aufmerksamkeit konsequent im Sinne eines Annäherungszieles auf einen neutralen Inhalt gelenkt, um damit das ganze Bewusstsein auszufüllen.

Exkurs

Die theoretischen Grundlagen der »Dritten Welle« und die Bedeutung für die Schematherapie

Die von Hayes et al. (1999) formulierte »Relational Frame Theory« (RFT; »Bezugsrahmentheorie«) geht aber über diese anwendungsbezogenen Aspekte weit hinaus. Sie formuliert ein umfassendes konzeptuelles Paradigma, welches das Denken in seinen funktionalen Aspekten, aber auch in seinen Erkrankungsstendenzen beschreibt. Damit bildet sie einen theoretischen Rahmen, um darauf aufbauende sog. »kontextuelle Therapien« theoretisch zu untermauern (für eine kurze

Übersicht: ▶ Kenschke u. Schweiger 2014). In diesem Ansatz finden die praktischen Anwendungen der »Dritten-Welle-Methoden« ihren gemeinsamen theoretischen Überbau. Da sie neben einem hohen Ausmaß an Überschneidung auch verschiedene Schwerpunkte in ihren jeweiligen Ansätzen setzen, könnte die systematische Verbindung verschiedener Elemente in diesem gemeinsamen Rahmen neue Räume innerhalb des »Hauses« der Verhaltenstherapie erschließen. Die »Acceptance and Commitment Therapy« (ACT; Hayes et al. 1999) z. B. hat ihren Schwerpunkt in der Defusion verfestigter kognitiver Muster und einer konsequenten Ausrichtung des Handelns auf selbst gewählte Werte hin. Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT; Linehan 1996) vermittelt achtsame Selbstwahrnehmung und konkrete Fertigkeiten in der Emotionsregulation. Der besondere Beitrag der Schematherapie besteht in einer biografisch verankerten Klärungsarbeit (»internal working model«; Bowlby 1969) sowie einer erlebnisaktivierten Überschreibung dieser Muster im Rahmen einer nachbeelternden Beziehungsgestaltung. Verschiedene Patienten könnten – evtl. auch abhängig vom Behandlungsfortschritt – von unterschiedlichen Schwerpunkten profitieren.

Eine weitergehende Ausarbeitung dieses Ansatzes überschreitet den Rahmen dieses Buches und muss an anderer Stelle erfolgen. Dieses Buch stellt allerdings den Versuch dar, Grundzüge dieser Idee in das dargestellte Vorgehen zu integrieren, und geht damit über andere Darstellungen des Modells der Schematherapie (z. B. bei Jacob u. Arntz 2011) hinaus. Es ist jedoch das ausdrückliche Anliegen Youngs (2014), die Schematherapie nicht auf ihrem aktuellen Stand »einzufrieren« – auch wenn die bisherigen Evidenznachweise mit diesem Modell erbracht wurden –, sondern an ihrer Verfeinerung und Weiterentwicklung zu arbeiten. Dazu will dieses Buch seinen Teil beitragen. Der ausführliche einleitende Theorieteil versucht, der Weiterentwicklung der Schematherapie innerhalb der Verhaltenstherapie einen konzeptuellen Rahmen zu geben.

Ein weiterer Beitrag der Schematherapie zur Erweiterung der Verhaltenstherapie besteht darin, dass sie im Gegensatz zum konventionellen Störungsverständnis in der Verhaltenstherapie die frühen und **frühesten Beziehungserfahrungen** in das Verständnis der Entwicklung psychischer Störungen einbezieht. Sowohl die Konzepte der **Epigenetik** (Einführung: ▶ Bauer 2010; ▶ Kap. 1.5.1) als auch die **Bindungsforschung** (Strauss et al. 2002; ▶ Kap. 1.5.3) bestätigen die Bedeutung dieser frühen Erfahrungen für die Persönlichkeitsentwicklung und damit auch für die Entstehung von Persönlichkeitsstörungen, die dann in der sozialen Interaktion weiter verfestigt werden (Übersicht: ▶ Siegel 2006). Entsprechend kann eine Einprägung bis in körperliche Strukturen der »Verpackung« der DNA festgestellt werden. Dem epigenetischen Konzept zufolge sind spätere Veränderungen des Ablesens und Umsetzens der genetischen Information möglich, eventuell auch durch eine Psychotherapie (Weaver et al. 2004).

Laut Grawe (2004) kommen 80–90 % der ambulanten Psychotherapiepatienten wegen Beziehungsproblemen in eine Psychotherapie, ca. 90 % haben Bindungsstörungen als Folge ihrer frühen Erfahrungen (Strauss et al. 2002). Ausgehend von den Ergebnissen der Bindungsforschung entwickelte die Schematherapie ein gegenüber den verhaltenstherapeutischen Konzepten zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen (Beck et al. 2004; Fiedler 1995) erweitertes Verständnis der

therapeutischen Beziehung und der biografischen Erfahrungen im Sinne des Szenischen Verstehens (Argelander 1979).

Die klassische (sog. horizontale) Verhaltensanalyse (Bartling 1992) mit ihrem Schwerpunkt auf der gegenwartsnahen Bedingungsanalyse kann das komplexe Verhalten von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen nicht ausreichend erklären. Zum Verständnis ist eine Analyse der komplexen inneren Prozesse (der sog. Organismus[O]-Variable), die sich (neben den genetisch-konstitutionellen Komponenten) auch aus dem Niederschlag der früheren Lebenserfahrungen ergeben, im Sinne einer vertikalen Verhaltens- bzw. Plananalyse (Caspar u. Grawe 1982) notwendig (Details hierzu ► Kap. 4.2).

Die schematherapeutische Fallkonzeption stellt eine pragmatisch-vereinfachte Alternative zu der von Caspar und Grawe (1982) entwickelten komplexeren vertikalen Verhaltens- bzw. Plananalyse dar.

Bei der **Antragstellung** kann die schematherapeutische Fallkonzeption die auf die aktuelle Symptomatik bezogene horizontale Verhaltensanalyse und die daraus abgeleiteten störungsbezogenen Maßnahmen ergänzen, nicht aber ersetzen. Dazu sollte im Rahmen der Makro- bzw. vertikalen Verhaltensanalyse die Behandlung der inneren Struktur der Patienten (der sog. O-Variablen) unter schematherapeutischen Gesichtspunkten dargestellt werden (Köhler u. Grünwald 2010). Die **Einbettung der Schematherapie in die Kognitive Verhaltenstherapie** findet ihren Ausdruck auch darin, dass sie als Methode der Verhaltenstherapie in die aktuellen Auflagen wichtiger Lehrbücher (z. B. Berbalk u. Young 2008; Jacob et al. 2011a, b; Roediger 2016) und Manuale (Roediger 2015b) aufgenommen wurde und zunehmend wertschätzend rezipiert wird (z. B. Fiedler 2010, S. 341 ff.). Entsprechend ist in Deutschland derzeit eine schematherapeutische Behandlung nur innerhalb des verhaltenstherapeutischen Verfahrens als Richtlinienbehandlung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung möglich.

Pawelzik (2013b) definiert die Kernprobleme von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen wie folgt:

- anhaltende innere Anspannung
- undifferenzierte negative emotionale Selbstzustände
- Neigung zu impulsivem bzw. inkonsequentem Handeln
- mangelnde Selbstberuhigungs- und Selbstregulationsfähigkeit
- sich und andere nicht verstehen können (Mentalisierungsdefizite)
- anhaltendes negatives Beziehungserleben

Für all diese Problembereiche bietet die Schematherapie Antworten bzw. Lösungen.

Bei der Erforschung der psychotherapeutischen Wirkfaktoren wurde wiederholt die therapeutische Beziehung als der wichtigste Faktor dargestellt (Orlinsky et al. 1994; bestätigt u. a. von Herpertz u. Caspar 2008). Den störungsspezifischen Interventionen wurde demgegenüber nur ein geringerer Anteil am Therapieeffekt zugeschrieben (Lambert 1992).

Tab. 1-1 Abbruchquoten bei Borderline-Patienten abhängig von der Therapiemethode

Therapiemethode	Abbruchquote	Referenz
Schematherapie	10,1 % (95 %-CI: 3,7–24,7)	Jacob u. Arntz 2013
DBT	23,0 % (95 %-CI: 16,6–30,8)	Kliem et al. 2010
TFP	34,9 % (95 %-CI: 26,6–44,3)	Clarkin et al. 2007; Doering et al. 2010
MBT	24,8 % (95 %-CI: 16,9–34,8)	Bateman u. Fonagy 1999; 2009

95 %-CI = 95 %-Konfidenzintervall; DBT = Dialektisch-Behaviorale Therapie; TFP = Transference-Focused Psychotherapy, Übertragungsfokussierte Psychotherapie; MBT = Mentalisierungsbasierte Therapie

Bei genauerer Betrachtung kann diese immer wieder kolportierte Einschätzung in Zweifel gezogen werden, denn die Trennung von personen- und technikbezogenen Wirkkomponenten ist praktisch nicht möglich. In der bereits erwähnten Studie mit Patienten, die sechs Persönlichkeitsstörungen aufwiesen (Bamelis et al. 2014), sank die Abbruchquote in der Schematherapiegruppe von 28 auf 5 %, nachdem die Therapeuten intensiv auf den Einsatz erlebnisaktivierender Techniken hin trainiert wurden.

Nimmt man die Abbruchquote als Surrogatmarker für die erlebte Beziehungsqualität, scheinen Patienten die technisch besser geschulten Therapeuten positiver zu erleben.

Grundsätzlich zeichnet sich die Schematherapie durch vergleichsweise niedrige Abbruchquoten aus (► Tab. 1-1 am Beispiel von Metaanalysen zu Behandlungen von Borderline-Patienten sowie ► Kap. 6.2).

Grawe (2004) betont die Notwendigkeit der Aktivierung emotionaler Prozesse in der therapeutischen Beziehung. Er führt damit eine Entwicklung der Kognitiven Verhaltenstherapie weiter, die zunehmend auch auf »hot cognitions« fokussiert (Goldfried 2003). Die Schematherapie versucht in diesem Sinne, die negativen frühen Beziehungserfahrungen im Schutz der therapeutischen Beziehung durch einen spezifischen Einsatz von Techniken gezielt zu aktivieren, um sie mit den im Erwachsenenalter verfügbaren, weiterentwickelten Ressourcen, unterstützt von einem anfangs sehr supportiven Therapeutenverhalten, zu modifizieren. So sollen beide Wirkkomponenten maximal zur Geltung kommen.

Dazu muss sich die verhaltenstherapeutische Arbeitsbeziehung abschnittsweise zu einer »Arbeit in der therapeutischen Beziehung« verändern.

Aber nicht nur Patienten, auch Therapeuten scheint die Arbeit am emotionalen Selbsterleben in Beziehungen neben der Analyse objektiv beobachtbarer Verhal-

tensmuster wichtig. In der neueren verhaltenstherapeutischen Literatur tauchen zunehmend bekannte Elemente aus dem psychodynamischen Kontext auf, wie die Bearbeitung biografischer Szenen und die Arbeit mit in der therapeutischen Beziehung aktivierten Affekten einschließlich der emotionalen Reaktionen der Therapeuten (Wilken 2002). Das Interesse an einer derartigen Erweiterung des therapeutischen Blickwinkels und des Technikrepertoires drückt sich auch darin aus, dass sich nur 16% der niedergelassenen Verhaltenstherapeuten langfristig noch an dem Verfahren orientieren, in dem sie ausgebildet wurden (Eichenberg u. Brähler 2008). Eine solche Erweiterung des therapeutischen Kompetenzspektrums braucht aber eine klare methodisch-konzeptuelle Grundlage und eine konsistente Begriffsbildung (Epistemologie), die an bestehende, wissenschaftlich bereits fundierte Konzepte »anschlussfähig« ist (Gauggel 2006, S. 135): zum einen, damit ein wissenschaftlich-kritischer Diskurs möglich und das Vorgehen lehrbar ist, zum anderen, um die Konzepte z. B. in Studien empirisch überprüfbar zu machen.

Ein solches Modell, die interaktionell-biografisch entstandenen inneren Ordnungsstrukturen zu konzeptualisieren, ist das Konstrukt des Schemas.

Entsprechend beschreiben z. B. Zorn und Roder (2006), dass sich ein großer Teil der nicht störungsspezifischen verhaltenstherapeutischen Ansätze zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen auf das Schemakonstrukt von Piaget (1976) bezieht, doch bleibt es häufig bei der theoretischen Konzeptualisierung: »Obwohl Beck und Freeman (1990) auf die Bedeutung der emotionalen Aktivierung, des Wiedererlebens von prägenden Erlebnissen aus der Kindheit sowie der störungsspezifischen Gestaltung der therapeutischen Beziehung bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen hinweisen, finden sich bei ihnen nur wenig systematische Ausführungen zu deren therapeutischer Handhabung bzw. Gestaltung« (Zorn u. Roder 2006, S. 12).

In diesem Sinne fordert z. B. Laireiter (2009, S. 193), dass »Psychotherapeuten außer in der Anwendung therapeutischer Methoden ... vor allem im Aufbau, der Aufrechterhaltung und der Arbeit mit der therapeutischen Beziehung, nicht nur mit der Arbeitsbeziehung, sondern vor allem auch mit der sogenannten ›Schemabeziehung‹, d. h. mit den Beziehungsmustern, die Klienten und auch Therapeuten in die therapeutische Beziehung einbringen«, trainiert werden sollen, besonders wenn man davon ausgeht, dass das in der Therapie gezeigte Verhalten des Patienten repräsentativ ist für das außerhalb gezeigte (Wendisch 2000). Entsprechende Konzepte schematherapeutischer basierter Supervision und Selbstreflexion wurden inzwischen entwickelt (Neumann et al. 2013).

Die Bedeutung der Förderung einer nicht störungsspezifischen Therapeutenkompetenz zeigt sich entsprechend auch in einer Studie aus der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppe von Barlow (Hupert et al. 2001). Sie zeigte hohe Effektstärken von $r = 0,72$ für die allgemeine therapeutische Erfahrung auf das Angstniveau der Patienten und nur geringe Effekte für die kognitiven Therapieelemente ($r = 0,20$).

Grawe et al. (1994) postulierten, dass in einer Psychotherapie die klärungs- und einsichtsorientierte Perspektive mit einer veränderungs- und verhaltensbezogenen Perspektive ausbalanciert werden sollte. Bei einem Vergleich der Charakteristika verschiedener Therapieschulen merkt Berger (2009) kritisch an, dass bei den *psychodynamischen Therapieformen* oft eine Überbewertung der Aspekte Klärung, Konfrontation und Deutung gegenüber Problembewältigung und Ressourcenaktivierung vorliege. Bei der *Verhaltenstherapie* ist es seiner Ansicht nach umgekehrt, d. h. die Symptombewältigung dominiere gegenüber einer Klärung der biografischen Entstehung und deren Auswirkungen auf die jetzige Therapeut-Patient-Beziehung.

Die Schematherapie, wie sie in diesem Buch beschrieben wird, hat im Sinne Grawes das Ziel, hilfreich erscheinende Aspekte aus verschiedenen Quellen zusammenzuführen und zu systematisieren, um eine Konvergenzzone der Therapieschulen zu beschreiben.

Bleibt die Frage, ob sich Schematherapie als eigene Methode oder als Teil einer sich weiterentwickelten Verhaltenstherapie (s. o.) versteht. International wird die Schematherapie in der Regel als eigene Methode verstanden. In der deutschen Psychotherapielandschaft sieht sie die Mehrzahl der Schematherapeuten (nicht zuletzt aus abrechnungstechnischen Gründen) innerhalb der Verhaltenstherapie, in deren Ausbildungsgängen auch zunehmend entsprechende Inhalte (z. B. die erlebnisaktivierenden Techniken) bzw. Einführungskurse angeboten werden.

Auf der konzeptuellen Ebene versucht die Schematherapie, eine große Anzahl vorhandener therapeutischer Techniken in ein konsistentes Theoriemodell zu integrieren, »damit die Fülle relevanter Erkenntnisse ... in ein griffiges, handhabbares Konzept eingeordnet und so eine (handlungsleitende) Ordnung und Übersicht hergestellt wird« (Caspar 2010, S. 16). Schematherapie versteht sich daher nicht als eklektizistisch, sondern als »*assimilative Integration*« (Messer 2001). Um Bezüge oder auch Anleihen zu anderen Ansätzen transparent zu machen, werden in diesem Buch immer wieder diese Konzepte und Autoren benannt. Das Ziel ist, dass auf der Basis der verhaltenstherapeutischen Grundlagen weitere Techniken und Haltungen konzeptuell integriert werden, um möglichst alle bewährten therapeutischen Möglichkeiten zu nutzen.

Daher wird im Folgenden bei der Darstellung der Techniken (► Kap.4) jeweils neben dem Standardvorgehen ein Spektrum von Interventionsmöglichkeiten beschrieben. Durch die Kombination von guter Lernbarkeit und flexiblem Einsatz soll eine »maßgeschneiderte« Therapie und das bestmögliche Behandlungsergebnis erzielt werden.

So besteht die Hoffnung, dass sich – über das »Äquivalenzparadoxon« (Wampold 2001) hinaus, demzufolge sich in Metaanalysen kaum Unterschiede zwischen verschiedenen Therapiekonzepten zeigen – durch eine geeignete Integration der nachweislich oder mutmaßlich wirksamen Therapieelemente und eine adaptive Vor-

gehensweise eine Optimierung erzielen lässt. Die hohen Effektstärken der Schematherapie in den bisher durchgeführten Studien weisen in diese Richtung (► Kap. 6.2). Im Gegensatz zu einem eklektizistischen Vorgehen versucht das Schematherapie-Modell, auch auf einer konzeptuellen Ebene möglichst alle relevanten Fakten und Konzepte zu berücksichtigen, und strebt eine »**konzeptuelle Integration**« an, um in teilweise manualisierter Form den Therapeuten neben Hinweisen zum konkreten praktischen Vorgehen im Einzelfall auch einen theoretischen Leitfaden zur grundsätzlichen Behandlungsplanung zu geben, der dann individuell an die Problematik und den Therapieverlauf angepasst werden kann (daher auch der relativ ausführliche Grundlagenteil). Denn im Sinne des Aphorismus von Kurt Lewin (1951) »*ist nichts so praktisch wie eine gute Theorie*«. So soll eine optimale Mischung von theoriegeleitet-gerichteter Therapieplanung und individuell-adaptiver Umsetzung erreicht werden. Daher wird in diesem Buch immer wieder konkretes Verhalten in einem überpersönlichen, dimensional definierten Rahmen verortet, in dem jedes Verhalten seinen Platz findet, anstatt für verschiedene Störungsbilder konkrete Anleitungen zu geben – gesundes Verhalten wird als die Fähigkeit verstanden, sich in diesem Rahmen ausbalanciert, flexibel und lösungsorientiert verhalten zu können.

Um ihre Bedeutung für »*die Heilkunde noch besser zu legitimieren und mit einem wissenschaftlichen neuropsychologischen Fundament zu versehen*«, braucht die Psychotherapie »*anschlussfähige Konzepte und Theorien sowie ... eine empirische Fundierung*« jenseits der therapieschulenorientierten Epistemologien (Gauggel 2006, S. 135). Modelle liefern Heuristiken für therapeutisches Handeln und sind Grundlage für Konzeptentwicklungen und den Diskurs; empirische Untersuchungen sichern die Wirksamkeit der Konzepte und tragen damit zur Weiterentwicklung bei. Somit besteht eine dialektische Beziehung zwischen Konzeptentwicklung und empirischer Forschung (Fiedler 2010).

Obwohl Jeffrey Young sein Konzept unabhängig von Grawe entwickelte und ihn nicht kannte, integriert es in einem praxisnahen, systematisierten Therapieprozess die von Grawe geforderten Therapieperspektiven und Wirkfaktoren (► Kap. 3.2).

Auch unter einem weiteren Aspekt bildet die Schematherapie ein fortschrittliches Konzept: In der medizinethischen Diskussion werden zunehmend Transparenz und Partizipation für die Patienten bei der medizinisch-therapeutischen Entscheidungsfindung gefordert. Die Schematherapie erfüllt diese modernen Forderungen nach einer partnerschaftlichen, kontraktualistischen (d. h. vertragsartigen) Beziehungsgestaltung bzw. dem »**shared decision making**« (Beauchamp u. Childress 2001; ► Kap. 3.3.3). Alle Hintergründe und Vorgehensweisen werden den Patienten erklärt und mit ihnen abgestimmt, sodass sie maximal aktiv mitarbeiten können. In der Schematherapie-Fortbildung wird in der Supervision mittels Videoanalysen anhand der von Young entwickelten Competence-and-adherence-Skalen ausdrücklich das Therapeutenverhalten hinsichtlich des Eingehens auf die Patientenbedürfnisse, der Transparenz, der Abstimmung des Therapiefokus und der Art der Entscheidungsbildung trainiert und in der Zertifizierung beurteilt. Es ist das Anliegen dieses Buches, die Beziehungsgestaltung und ihre differenzierte

Handhabung in den emotionsaktivierenden Techniken detailliert darzustellen. In dieses Behandlungsparadigma können dann z. B. störungsspezifische Techniken bei der Behandlung chronifizierter Symptomatiken integriert werden. Ein Beispiel, wie eine solche Integration aussehen könnte, gibt das »Praxisbuch Verhaltenstherapie« von Gerhard Zarbock (2008).

1.3 Psychologische Grundlagen

1.3.1 Schemabegriff

Der Begriff »**Schema**« als Organisationsprinzip des psychischen Prozesses geht auf Piaget (1976) zurück. Grawe hat dann mit seiner »**Schema-Theorie**« (1986) das Schemakonstrukt in Deutschland populär gemacht. Aus einer neurobiologischen Perspektive korrespondiert das subjektive bzw. objektiv beobachtbare Erleben mit der synchronen Aktivierung eines spezifischen Neuronenverbands, den Grawe (1998), mit Bezug auf Edelman (1987), als »**neuronales Erregungsmuster**« (NEM) bezeichnet. Ein solcher momentaner Erlebenszustand mit seinen kognitiven, emotionalen, vegetativen und handlungsimpulsierenden Komponenten ist Ausdruck der Aktivierung eines oder mehrerer Schemata, also ein »state«. Das heißt, auch das körperliche Selbsterleben ist Teil eines Schemas. Diesen momentanen Aktivierungszustand nennen Young et al. (2005) einen **Modus**. Ein Modus (»state«) kann auch eine Reaktionstendenz bzw. ein sichtbares Verhalten beinhalten. Die Schemata selbst stehen dabei als neuronal verankerte Reaktionsbereitschaften (bzw. »traits«) implizit im Hintergrund. Grawe bezeichnet das als eine »**neuronale Erregungsbereitschaft**« (NEB).

Schemata (»traits«) selbst sind also nicht direkt, sondern nur in ihrer aktivierten Form als Modus (»state«) beobachtbar (► Abb. 1-1).

Es gibt im Prinzip eine unbegrenzte Zahl von Schemata. Für die Symptomatik relevant sind nur die maladaptiven Schemata. Daher fokussiert die Schematherapie bei der Fallkonzeption auf diese negativen emotionalen Schemata. In der Therapie wird hingegen auf funktionale Schemata im Sinne von Ressourcen zurückgegriffen (z. B. die Fähigkeit, die eigenen Kinder zu trösten oder gegen Übergriffe zu schützen; ► Kap. 1.2), um diese dann auf sich selbst anzuwenden. Daneben werden auch neue Schemata angelegt (sog. Lösungsschemata).

Anders als z. B. die kognitiv-emotionalen Verhaltenseinheiten (Welzer u. Markowitsch 2001) bzw. »states of mind« von Horowitz (1979) umfassen die aktivierten Schemata (d. h. die innerlich erlebten Modi) im Sinne von Young nur das kognitiv-emotional-vegetativ-körperhaltungsbezogene Erleben und die daraus entstehende Handlungs-*Tendenz*, aber *nicht* die *vollzogene* Handlung selbst.

Die sichtbare Handlung ist Teil der Schema-Bewältigungsreaktion bzw. eines Modus.

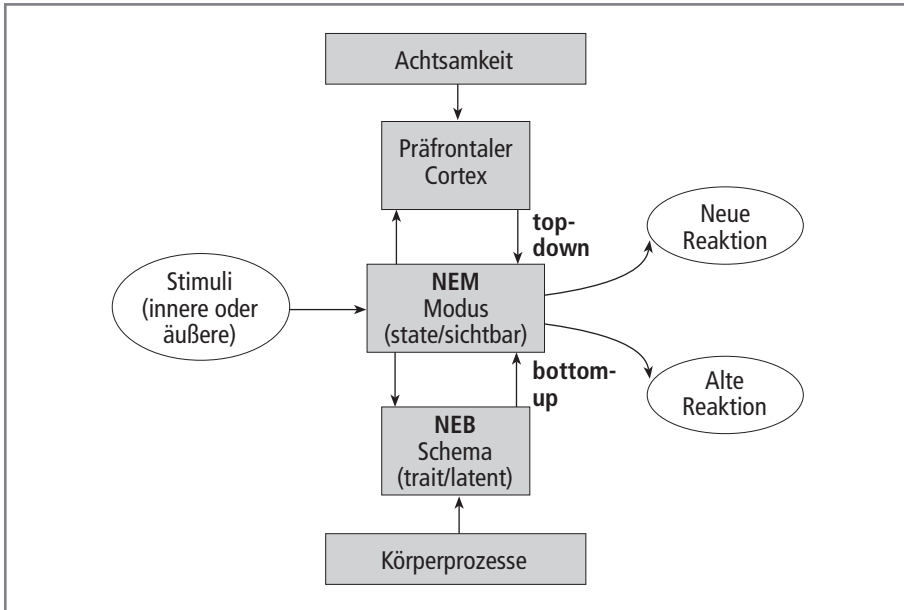


Abb. 1-1 Einfaches Modell der Verhaltenssteuerung (NEB = neuronale Erregungsbereitschaft; NEM = neuronales Erregungsmuster)

Young nennt das gezeigte Verhalten »schema-driven«, d. h., die Schemata aktivieren in dem hier beschriebenen Ansatz zunächst innerlich erlebte basale Emotionen (sog. Kind-Modi) und sozial vermittelte, kognitive Bewertungen (sog. Eltern-Modi) und »treiben« bzw. steuern das sichtbare Verhalten des Bewältigungsmodus (zu den einzelnen Modi: ► Kap. 2.3).

Ein Schema bildet in diesem Sinne den fixierten Niederschlag früherer Beziehungserfahrungen in der neuronalen Matrix entsprechend den »Representations of Interactions that have been Generalized (RIGs)« im Sinne Sterns (1985; 1992). Diese Niederschläge sind zumindest z. T. in vorsprachlicher Form im »Proto-Selbst« (Damasio 2000; ► Kap. 1.4.3, Kap. 1.5.2) eingepägt, sodass sie durch erlebnisaktivierende Verfahren besser aktiviert werden können als durch verbale Zugänge (Arntz u. Weertman 1999).

Durch ein vorbewusstes Wiedererkennen strukturähnlicher Situationen bzw. Szenen wirken die Schemata als wahrnehmungslenkender Attraktor bzw. Filter und unbewusste Bewertungsschablone (Guidano u. Lotti 1983).

Besteht eine ausreichende Ähnlichkeit (Isomorphismus) zwischen einer aktuellen Situation und dem im Gedächtnis abgespeicherten Schema, werden »bottom-up« ohne Beteiligung kognitiver Verarbeitungsprozesse präkognitive Emotionen und automatisierte Reaktionstendenzen aktiviert (Perrig et al. 1993). Ähnlich formu-

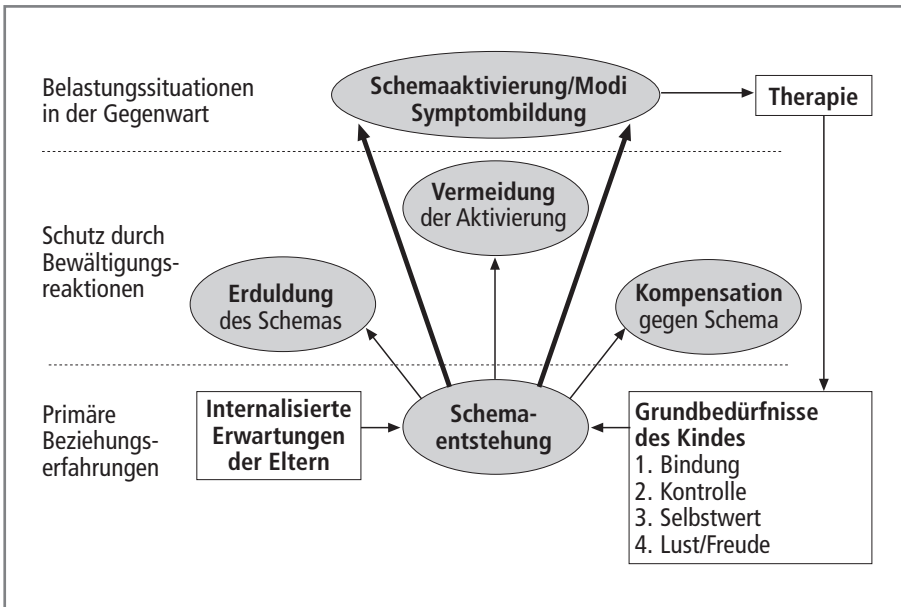


Abb. 1-2 Schemaentstehung, Schemabewältigung und Schemaheilung

lierte das bereits C. G. Jung im Komplex-Begriff (Jung 1971), der ebenfalls »lebhaft emotional betont ist und sich zudem als inkompatibel mit der habituellen Bewusstseinslage und -einstellung erweist. Dieses Bild ist von starker innerer Geschlossenheit. ... Jedes vergleichbare Erlebnis wird in der Folge im Sinne des Komplexes gedeutet und verstärkt den Komplex ... Die Komplexe bezeichnen die krisenanfälligen Stellen im Individuum ... Durch die Abwehr dieser Emotionen entstehen stereotype Verhaltens- und Erlebensweisen ... sodass der Mensch nicht der aktuellen Situation angemessen, sondern aus einem lebensgeschichtlichen Überhang« reagiert (zit. nach Kast 2007, S. 12f.). Damit werden Schemata Teil des »**impliziten Motivations-systems**«, in dem ursprünglich grundbedürfnisorientiert verschiedene biologische Prozesse und funktionelle Ebenen miteinander verbunden sind (Sachse 2008). Die impliziten Motive zeigen sich überwiegend in den emotionalen Aktivierungen der **Kind-Modi**. Diesem System steht das »**explizite Motivationssystem**« mit seinen bewussten, überwiegend in der sozialen Interaktion erlernten und sekundär verinnerlichten Bewertungen und Motiven gegenüber (sog. innere Eltern-Modi; ▶ Kap. 2.3).

Laut Kuhl (2001) besteht eine enge Beziehung zwischen dem Motiv- und dem Grundbedürfniskonstrukt. Die in den Schemata »eingebrennten« Erfahrungen früherer Grundbedürfnisfrustrationen führen zu starren, maladaptiv gewordenen Bewältigungsversuchen, die für die Befriedigung der einen Grundbedürfnisse die anderen stark vernachlässigen. Das Motiv, den Schmerz einer Trennungserfahrung zu vermeiden, lässt Menschen z. B. auf Bindung verzichten, um Kontrolle zu behalten, oder umgekehrt: Für das Motiv, eine Bindung einzugehen, verzichten sie auf Kontrolle (▶ Kap. 1.3.2). Solange die Bewältigungsreaktionen wie ein »Deckel«

über den Schemata liegen, fühlen sich die Menschen stabil. Erst wenn das System (aus welchen Gründen auch immer) instabil wird, bricht die »Mauer« ein und es kommt zu belastenden Schemaaktivierungen (► Abb. 1-2, dicke Pfeile). In der Therapie geht es dann darum, die »durchgebrochenen« bzw. reaktivierten Schemata kennenzulernen, anzunehmen und die Dysbalance zwischen Grundbedürfnissen und verinnerlichten Erwartungen der Umwelt neu auszubalancieren.

Es ist das zentrale Ziel der Schematherapie, den Patienten ein Bewusstsein ihrer Grundbedürfnisse zu vermitteln, hindernde Einflüsse (z. B. durch internalisierte, dysfunktionale Bewertungen) zu identifizieren und die Grundbedürfnisse zu erfüllen.

Fallbeispiel

Eine Patientin hat vor dem Hintergrund eines emotional vernachlässigenden, aber übergriffigen Elternhauses das Schema »Misstrauen/Missbrauch« und nachfolgend im Sinne der Schemakompensation einen aggressiv-abgrenzenden Bewältigungsstil entwickelt. Sie ist vor diesem Hintergrund geneigt, aktuelle Situationen im Sinne dieses Schemas zu interpretieren. Insbesondere in prämenstruellen Phasen fühlt sie sich »eingeklemmt, eingeengt, ich habe keinen Platz in der Wohnung, alles ist zu eng, auch die Brust spannt ...«. Als ihr Mann im Bad zufällig in ihre Nähe kommt, herrscht sie ihn an: »Lass mich bloß in Ruhe und fass mich nicht an!« Ihr Mann, der sich nur den Rasierer holen wollte, zieht sich ärgerlich zu seiner Arbeit zurück und denkt: »Das lasse ich mir nicht mehr länger gefallen, die spinnt ja total!«

Die Patientin ist das »Opfer« ihrer emotions- und bewältigungsbedingten selektiven Wahrnehmungsverarbeitung. Sie hat zwar kurzfristig ihre Ruhe, ist aber langfristig auf dem besten Wege, ihre Ehe zu ruinieren. Durch die Einbeziehung des Partners gelang es in der Therapie, das wechselseitige »Knöpfedrücken« ins Bewusstsein zu heben. Ihm konnte gezeigt werden, dass er der Patientin helfen kann, aus den negativen Folgen ihrer Bewältigung herauszukommen, wenn er erkennt, dass sie ihn gar nicht persönlich meint, sondern nur ihre aktivierten Schemata an ihm auslebt.

Die Schemata machen den Menschen geneigt, im Sinne der früheren Beziehungserfahrungen zu handeln. Die Trennung von innerem Erleben und gezeigter Handlung ist wichtig, um Raum bzw. Zeit für den Aufbau eines neuen Verhaltens bzw. funktionaler Bewältigungsreaktionen zu gewinnen.

Im Sinne dieses Konzeptes muss letztlich nicht die Aktivierung der Schemata verhindert, sondern nur der unmittelbare, unmodifizierte Einfluss des aktivierten Schemas auf das sichtbare Verhalten unterbrochen werden. Teasdale et al. (2002) nennen diesen Ansatz **Desaktualisierung von Handlungsimpulsen**.

Kurz gesagt: Die Krankheitstendenz bleibt, aber die Patienten lernen, sich gesünder zu verhalten.

1.3.2 Emotionale Grundbedürfnisse

Nicht nur explizit traumatische Erfahrungen können zu einer Verformung der Selbstbildentwicklung und entsprechenden Verhaltenskonsequenzen führen. Auch emotionale Deprivation bzw. die anhaltend-ingeschränkte Erfüllung der emotionalen Grundbedürfnisse kann sich nachhaltig negativ auf die Persönlichkeitsentwicklung und die spätere seelische und körperliche Gesundheit auswirken (Vythilingam et al. 2002). Die Vorstellungen, welche Motive menschliches Verhalten steuern, haben sich im Laufe des letzten Jahrhunderts verändert. Während Freud bis zuletzt in der Sexualität fußende Triebe als zentral ansah, nahm z. B. Fairburn bereits 1952 an, dass Motivationssysteme mehr auf Objekte als auf reine »Lust« ausgerichtet seien. Maslow (1970) ging von einer Hierarchie aus: zuunserst die biologischen Bedürfnisse nach Nahrung und Sexualität, darüber Sicherheit und Bindung bis hin zu Selbstwerterhöhung durch Streben nach Wissen, Verstehen, Entwicklung und an der Spitze Transzendenz und Spiritualität. Auf einer physiologischen Ebene unterscheidet Panksepp (2011) die folgenden sieben fundamentalen neurobiologischen Motivationssysteme:

1. Neugier-System (»SEEKING«)
2. Selbstbehauptungssystem (»RAGE«)
3. sicherheitsorientiertes System (»FEAR«)
4. Lust-System (»LUST«)
5. Versorgungssystem (»CARE«)
6. Verlassenheitssystem (»PANIK«)
7. Spielsystem (»PLAY«)

Dabei scheint der Wunsch nach sozialer Zugehörigkeit und Teilhabe nicht nur den Mensch anzutreiben (Baumeister u. Leary 1995). Harlow wies bereits 1958 nach, dass auch bei Rhesusaffen das Bindungsbedürfnis stärker ist als das Bedürfnis nach konstanter Nahrungsaufnahme. Naomi Eisenberger konnte in fMRT-Studien zeigen, dass bei Menschen Ausgrenzung zu fast den gleichen Aktivierungen in der Inselregion des Cortex führt wie das Erleben von körperlichem Schmerz (Eisenberger et al. 2003). Im Sinne einer maximalen Komplexitätsreduktion wird in diesem Buch daher mit den zwei vermutlich wichtigsten Bedürfnissen nach »Bindung« (d. h. liebevoll-entspannte Hinwendung zu anderen im Sinne pro-sozialen Verhaltens) und »Selbstbehauptung« (d. h. angespannt-selbstbezogen-kontrollorientiertes Verhalten) gearbeitet und Aspekte verschiedener physiologischer Systeme darunter subsumiert. Auf diese Grundpolarität als fundamentalste Beschreibungsebene sozialer Beziehungstendenzen rekurriert von philosophischer Seite auch David Bakan (1976) als »Communio« und »Actio« und im Grunde auch Freuds Libido und Aggressionstrieb. Unter der jeweiligen Ausrichtung arbeiten verschiedene biologische Systeme zusammen, tendenziell bei der Bindungsorientierung die Systeme 4 (LUST), 5 (CARE) und 7 (PLAY). Laut Panksepp (2011) ist bei allen Prozessen Oxytocin involviert. In diesem Buch werden daher diese drei Systeme mit Bezug zu den erwähnten Untersuchungen Eisenbergers unter dem theoretischen Konstrukt »Bindungssystem« zusammengefasst. Das Bindungssystem des Kindes, dessen Überaktivierung zur Panik (System 6) führt, kooperiert dabei mit dem »CARE-

System« auf Bezugspersonenseite. Bei der Selbstbehauptungstendenz sind hingegen vermutlich vor allem die Systeme 1 (SEEKING), 2 (RAGE) und 3 (sicherheitsorientiertes System bzw. FEAR) beteiligt. Die beiden theoretischen Grundtendenzen und ihr Zusammenspiel werden in Kapitel 2.3 genauer beschrieben.

Grawe (1998) formulierte mit Bezug auf Epstein (1990) vier emotionale Grundbedürfnisse, die gleichwertig nebeneinander stehen und zu einer gesunden Persönlichkeitsentwicklung alle in ausreichendem Maße und in einer möglichst ausbalancierten Weise befriedigt werden müssen. Sie korrespondieren ebenfalls mit den o. g. Systemen Panksepps. Diese Grundbedürfnisse sind:

1. Bindung
2. Kontrolle und Orientierung
3. Selbstwerterhöhung (bzw. Selbstwertschutz)
4. Lust (bzw. Unlustvermeidung)

Die von Young et al. (2003; 2005) gewählte Systematik mit fünf Grundbedürfnissen (► Kap. 2.1) weicht von Grawes Einteilung geringfügig ab, denn Young bezieht aus der Perspektive eines Kindes das Bedürfnis nach Grenzsetzungen ein, das bei Grawe fehlt (► Tab. 2-1). Grawe nennt nur die auch noch im Erwachsenenalter vorhandenen Bedürfnisse (► Kap. 2.1). Aufgrund der weiten Verbreitung der Einteilung nach Grawe wird diese hier übernommen, zumal sich an einigen Stellen eine gute Zuordnung der vier Grundbedürfnisse zu anderen Ordnungsstrukturen ergibt.

Bindung bedeutet vertrauensvolles, verlässliches, bedingungsloses Verbundensein mit einer liebevoll zugewandten Bezugsperson bis zur Hingabe. Diese Qualität wird im positiven Fall in der Beziehung zwischen Eltern und Kind erlebt, insbesondere zur Halt und Wärme spendenden Mutter. Später tauchen positive Bindungsgefühle in Partnerschaften, in gesteigertem Maße bei der Verliebtheit, auf (»I would die for you«). Auch Freundschaften werden von dem Gefühl getragen, sich auf einen anderen verlassen und ihm ohne Einschränkungen vertrauen zu können. Bindung ist der »Klebstoff« in allen tragfähigen sozialen Systemen.

Kontrolle und Orientierung bedeuten, dass die Spielregeln und Abläufe der umgebenden Welt durchschaubar und vorhersagbar sind. Dadurch entsteht ein Gefühl von Sicherheit, das innere Entspannung und Beruhigung ermöglicht und das emotionale Fundament für die Autonomieentwicklung bildet. Bei Kindern zeigt sich das im rückversichernden Blick zur Mutter, bevor das Explorationsverhalten fortgesetzt wird. Kontrolle meint nicht, dass andere bevormundet oder manipuliert werden. Das wäre schon die Überkompensation des normalen Kontrollbedürfnisses. Um sich sicher zu fühlen, reicht es aus, dass man z. B. weiß, wann der Bus fährt. Wenn man pünktlich zur Bushaltestelle kommt, kann man (zumindest in Deutschland) relativ sicher sein, dass der Bus dann auch fährt. In diesem Sinne besteht »Kontrolle über den Bus«. Die Begriffe »Sicherheit und Orientierung« geben daher den Kern dieses Grundbedürfnisses treffender wider.

Selbstwerterhöhung meint das Bedürfnis, vor sich und anderen gut dazustehen. Es ist verbunden mit einem Gefühl von Selbstwirksamkeit und fördert wiederum den weiteren Erwerb und die Entwicklung von Fähigkeiten. Auch das Gefühl, im Laufe des Lebens immer weiter innerlich wachsen und reifen zu wollen (bis zur