

Die Schematherapie Jeffrey Youngs – ein integrativer Therapieansatz zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen

Jeffrey Young's Schema Therapy – an Integrative Therapy Approach

Serge K. D. Sulz

Zusammenfassung

Die Schematherapie ist eine weitere Variante der 3rd-wave-Therapien, die den kognitiven Ansatz Beck's erweitern oder überwinden (neben ACT, DBT, FAP, MBCT, CBASP). Ihnen gemeinsam ist, von der inhaltlichen zur prozessualen Analyse dysfunktionalen Denkens und Verhaltens zu wechseln und zusätzlich die Therapeut-Patient-Interaktion als zentrales Medium der Veränderung zu nutzen. Young verbindet eine klar strukturierte Analyse der Bedingungsfaktoren von Persönlichkeitsstörungen mit erlebnisorientierter Imaginationsarbeit und psychodynamischen Interaktionsinterventionen, die zu einem Reparenting hinführen sollen. Hier soll eine kurze Darstellung und Diskussion seines Ansatzes erfolgen und seine Einordnung am Beispiel der Strategischen Kurzzeittherapie erörtert werden. Insgesamt muss noch auf eine empirische Evaluation gewartet werden.

Schlüsselwort Schematherapie – maladaptiver Bewältigungsstil – Strategische Kurzzeittherapie – Reparenting

Summary

Schema Therapy is a further variation of the 3rd Wave-Therapies which extend or overcome the cognitive approach of Beck (apart from ACT, DBT, FAP, MBCT, CBASP). Common to them is to change from the analysis of contents to the one of the process of dysfunctional thinking and behaviour and also to utilize the Therapist-Patient-Interaction as a central medium of the change. Young connects a clearly structured analysis of the condition factors of personality disturbances with an on experience orientated work of imaginations and psychodynamic interventions of interactions which ought to lead to Reparenting. At this point a short representation and discussion of his approach ought to take place and discuss its classification by the example of the Strategic Brief Therapy. Altogether must be waited still for an empirical evaluation.

Keywords schema therapy – maladaptive coping style – strategic brief therapy – reparenting

Jeffrey Young (1990) hat lange Zeit mit Beck (1996) zusammengearbeitet, bevor er zu den drei kognitiven Dimensionen eine vierte hinzufügte: die maladaptiven Schemata, die er nicht als kognitive Strukturen verstand, sondern zusammengesetzt aus Kognition, Emotion, Sinneseindruck und Körperempfindung. Als Extrakt früher kindlicher frustrierender oder traumatischer Erfahrung mit den Eltern bestimmt sie die Entwicklung der Persönlichkeit und die Gestaltung seines Lebens und seiner Beziehungen. Zur therapeutischen Bearbeitung dieser maladaptiven Schemata reichten Young (1990) die herkömmlichen kognitiven Interventionen nicht mehr, und er entwickelte die Schematherapie (Young et al., 2005).

Dass die kognitive Verhaltenstherapie nicht ausreicht, liegt seines Erachtens an deren falschen Annahmen:

1. „dass Patienten sich dem Behandlungsprotokoll fügen (compliance)“ (S. 31), d. h., dass sie motiviert, bereit und in der Lage sind;
2. „dass Patienten ... Kontakt zu ihren Kognitionen und Emotionen herzustellen und dem Therapeuten drüber zu berichten vermögen“;
3. „dass Patienten ihre problematischen Kognitionen und Verhaltensweisen durch Praktiken wie empirische Analyse, Logik des Diskurses, Experimentieren, abgestufte Schritte und Wiederholung verändern können“;

4. „dass Patienten generell innerhalb weniger Sitzungen eine gute Beziehung zu ihren Therapeuten entwickeln und mit diesen zusammenarbeiten können“;
5. „die Probleme der Patienten seien leicht auszumachen“.

Stattdessen hindern frühe maladaptive Schemata den Patienten an der Mitarbeit in einer traditionellen VT.

Youngs Schemadefinition

Schemata, durch „schädigende Kindheitserlebnisse“ früh entstanden, sind die zentrale Ursache von Persönlichkeitsstörungen.

Ein frühes maladaptives Schema ist (S. 36):

- ein weitgestecktes, umfassendes Thema oder Muster,
- das aus Erinnerungen, Emotionen, Kognitionen und Körperempfindungen besteht,
- die sich auf den Betreffenden selbst und seine Kontakte zu anderen Menschen beziehen,
- ein Muster, das in der Kindheit oder Adoleszenz entstanden ist,
- im Laufe des weiteren Lebens stärker ausgeprägt wurde und
- stark dysfunktional ist.

Young betont, dass das Verhalten eines Menschen nicht Bestandteil des Schemas selbst ist, sondern Reaktion auf das Schema, also von diesem motiviert (driven) wird.

Charakteristika früher maladaptiver Schemata (S. 36)

Die Aktivierung eines frühen maladaptiven Schemas bei einem Erwachsenen führt zu starken negativen Gefühlen. Die Ursache ist meist eine schädigende bis traumatisierende Behandlung der Kinder.

Aber es gibt auch frühe maladaptive Schemata ohne so eine Vorgeschichte.

„Frühe maladaptive Schemata kämpfen um ihr Überleben“ (S. 37) durch das menschliche Konsistenzstreben.

Obwohl sie Leiden verursachen, sind sie vertraut und fühlen sich „richtig“ an.

Menschen suchen unbewusst Situationen auf, in denen ihre frühen maladaptiven Schemata aktiviert werden können, so dass es zu einer Reaktivierung der Verletzungen der Kindheit kommt.

Schemata sind „realitätsbasierte Repräsentationen“ der Kindheitsbedingungen. Sie spiegeln ziemlich genau die schädigenden Aspekte der familiären Situation wider.

Der Schweregrad ist größer, wenn das Schema früh in der Kindheit und durch schädigende Erfahrungen mit beiden Eltern erworben wurde.

Später und nur über einen Elternteil erworbene Schemata haben einen geringeren Schweregrad und beanspruchen weniger Allgemeingültigkeit.

„Je stärker das Schema, umso intensiver der negative Affekt, wenn das Schema aktiviert wird, und umso länger bleibt die Aktivierung bestehen“ (S. 38).

Misslingt die Entwicklung zur nächsthöheren Entwicklungsstufe, so resultiert ein maladaptives Schema, gelingt sie, so entstehen adaptive Schemata.

Ursprünge der Schemata

Zentrale emotionale Bedürfnisse

Young postuliert fünf zentrale, grundlegende menschliche Bedürfnisse (S. 39):

1. Sichere Bindungen zu anderen Menschen (schließt Sicherheit, Stabilität, nährenden Zuwendungen und Akzeptiertwerden ein)
2. Autonomie, Kompetenz und Identitätsgefühl
3. Freiheit, berechnete Bedürfnisse und Emotionen auszudrücken
4. Spontaneität und Spiel
5. Realistische Grenzen setzen und selbst Kontrolle innehaben

„Das Zusammenwirken des angeborenen Temperaments und der frühen Umgebung des Kindes führt zur Nichterfüllung statt zur Erfüllung der Grundbedürfnisse.“

Frühe Erlebnisse

Frühe Erlebnisse in der Kernfamilie sind die Hauptursache der Entstehung früher maladaptiver Schemata. Dies sind vier Arten früher Erlebnisse:

1. schädigende Nichterfüllung von Bedürfnissen
2. Traumatisierung oder Viktimisierung
3. Das Kind erlebt zu viel des Guten, d. h. von dem, was im rechten Maß gesund wäre
4. selektive Internalisierung oder Identifikation mit wichtigen Bezugspersonen (z. B. dem Täter). Daraus können Schemata oder Schemamodi oder Bewältigungsstile resultieren.

Emotionales Temperament

Young geht von einem angeborenen biologisch determinierten Temperament des Kindes aus.

Er zitiert bekannte Temperamentsbipole:

labil (unstet)	–	nichtreaktiv (reaktionslos)
dysthym (schwermütig)	–	optimistisch
ängstlich (besorgt)	–	ruhig
zwanghaft	–	ablenkbar
passiv	–	aggressiv
reizbar	–	heiter (gut gelaunt)
schüchtern	–	gesellig

Er betont, dass bei gleicher elterlicher Behandlung zwei Kinder völlig verschiedenen kindlichen Erlebens- und Reaktionsweisen folgen können und deshalb solche zwei Kinder auch zwei völlig verschiedene subjektive Umwelten erfahren. Dies sei die Erklärung dafür, dass es psychische Störungen gibt, ohne dass in der Kindheit des betreffenden Patienten schwere Schädigungen anamnestisch eruierbar wären.

Schemadomänen

Die 18 von Young postulierten frühen maladaptiven Schemata lassen sich fünf Schemadomänen zuordnen:

- Domäne I: Abgetrenntheit und Ablehnung
- Domäne II: Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung
- Domäne III: Beeinträchtigungen im Umgang mit Begrenzungen
- Domäne IV: Fremdorrientiertheit
- Domäne V: Übertriebene Wachsamkeit und Gehemtheit

Die achtzehn frühen maladaptiven Schemata sind (dahinter in Klammern das Merkwort):

Domäne I: Abgetrenntheit und Ablehnung

1. Verlassenheit / Instabilität (im Stich gelassen)
2. Misstrauen / Missbrauch (Misstrauen)
3. Emotionale Entbehrung (Entbehrung)
4. Unzulänglichkeit / Scham (unzulänglich)
5. Soziale Isolierung / Entfremdung (isoliert)

Domäne II: Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung

6. Abhängigkeit / Inkompetenz (abhängig)
7. Anfälligkeit für Schädigungen oder Krankheiten (verletzbar)
8. Verstrickung / Unentwickeltes Selbst (verstrickt)
9. Versagen (versagen)

Domäne III: Beeinträchtigungen im Umgang mit Begrenzungen

- 10. Anspruchshaltung / Grandiosität (besonders sein)
- 11. Unzureichende Selbstkontrolle / Selbstdisziplin (schrakenlos, unbeherrscht)

Domäne IV: Fremdorientiertheit

- 12. Unterwerfung (Unterordnung)
- 13. Selbstaufopferung (Selbstaufopferung)
- 14. Streben nach Zustimmung und Anerkennung (Beachtung suchend)

Domäne V: Übertriebene Wachsamkeit und Gehemmtheit

- 15. Negativität / Pessimismus (Negatives hervorheben)
- 16. Emotionale Gehemmtheit (emotional gehemmt)
- 17. Überhöhte Standards /Übertrieben kritische Haltung (unerbittliche Ansprüche)
- 18. Bestrafen (strafend)

Bedingt und bedingungslos gültige Schemata

„Bedingungslos gültige Schemata lassen dem Patienten keine Chance“ (S. 55).

Daran ist nichts zu ändern.

„Bedingt gültige Schemata hingegen lassen Raum für Hoffnung“ (S. 55).

Bedingt gültige Schemata sind:

- Unterwerfung (12)
- Selbstaufopferung (13)
- Streben nach Zustimmung und Anerkennung (14)
- Emotionale Gehemmtheit (16)
- Überhöhte Standards / Übertrieben kritische Haltung (17)

Schemaoperationen

Young unterscheidet zwei Schemaoperationen, die Schemaerhaltung und die Schemaheilung.

Schemaerhaltung

Alle psychischen Prozesse, die das Erleben so steuern, dass das Schema bestätigt wird, wirken schemaerhaltend. Dabei sind insbesondere drei Mechanismen zu beobachten:

1. kognitive Verzerrungen
2. selbstschädigende Lebensmuster
3. Schema-Bewältigungsstile

Besonders werden diejenigen Informationen in den Fokus des Bewusstseins gestellt, die das Schema bestätigen. Zudem werden Situationen aufgesucht und Beziehungen hergestellt, die zur Bestätigung des Schemas führen.

Schemaheilung

Schemaheilung muss

- Erinnerungen
- Emotionen
- Körperempfindungen
- Kognitionen einschließen.

Außerdem muss eine Verhaltensänderung erfolgen, indem vom bisherigen dysfunktionalen Bewältigungsstil abgelassen wird.

Der Verlust eines Schemas bedeutet Instabilität, es entwickeln sich Unmut, Ärger, Widerstand.

Nur selten gelingt es, ein Schema völlig zu heilen. Es wird nach einer erfolgreichen Therapie seltener aktiviert und erzeugt geringere und kürzer anhaltende Gefühle.

Maladaptive Bewältigungsstile und Bewältigungsreaktionen

„Um sich an Schemata anzupassen, entwickeln Patienten schon früh in ihrem Leben maladaptive Bewältigungsstile und entsprechende Reaktionen. Dies erspart ihnen, die intensiven und schwer erträglichen Emotionen zu erleben, die Schemata meist erzeugen“ (S. 67).

Im Gegensatz zu einigen anderen Autoren ist Verhalten nicht Bestandteil des Schemas, sondern der Umgang mit diesem oder die Antwort als Bestandteil der Bewältigungsreaktion. Eine Bewältigungsreaktion kann durch verschiedene Schemata ausgelöst werden, und ein Schema kann zu verschiedenen Bewältigungsreaktionen führen.

Drei maladaptive Bewältigungsstile

Young orientiert sich an den drei grundsätzlich möglichen Arten des Umgangs mit Bedrohung: Kampf, Flucht, Erstarren und definiert entsprechend

- Überkompensation,
 - Vermeiden und
 - Sich-Fügen
- als die drei Bewältigungsstile.

Bewältigungsreaktionen

„Bewältigungsreaktionen sind die spezifischen Verhaltensweisen oder Strategien, durch welche die drei allgemeinen Bewältigungsstile zum Ausdruck gelangen. ... Gewöhnt sich ein Mensch bestimmte Bewältigungsreaktionen an, verfestigen sich diese zu einem Bewältigungsstil“ (S. 71).

Young gibt für jedes der 18 Schemata für jeden der drei Bewältigungsstile ein Beispiel (Tab. 1.2, S. 72). Hier wird nur das erste Schema zitiert:

Schema	Beispiel für Sich-Fügen	Beispiel für Vermeiden	Beispiel für Überkompensation
Verlassenheit / Instabilität (1)	Wählt Partner, die zu verlässlichem Verhalten nicht in der Lage sind, und erhält die Beziehung zu ihnen aufrecht	Vermeidet intime Beziehungen; trinkt viel, wenn allein	Hängt am Partner und „erstickt“ ihn, bis dieser ihn wegstößt; greift den Partner bei nur geringfügigen vorübergehenden Trennungen vehement an

Schemamodi

„Der vorherrschende Zustand, in dem wir uns zu einem bestimmten Zeitpunkt befinden, wird als unser Schemamodus bezeichnet. Das Wechseln zwischen verschiedenen Modi nennen wir „springen“ (flip) (S. 74).

„Als Schemamodus werden jene – adaptiven wie maladaptiven – Schemata oder Schemaoperationen bezeichnet, die bei einem Menschen in einem konkreten Augenblick aktiv sind“ (S. 75).

„... Gewöhnlich bezeichnen wir eine solche schwache Form eines Schemamodus als normale Stimmungsveränderung“ (S. 75).

Wie das Moduskonzept entstand

Borderline-Patienten kreuzten im Schemafragebogen fast alle Schemata an, die aktiv waren – je nachdem, in welchem schnell wechselnden extremen affektiven Zustand sie sich befanden. Deshalb war der ursprüngliche Schemaansatz auf sie nicht anwendbar. In jedem Zustand wurde ein anderes Cluster von Schemata aktiv, so dass es nahelag, diese Zustände nach den aktivierten Schemata zu benennen.

Modi als dissoziierte Zustände

In einem Modus hat der Mensch weniger Kontakt zu Teilen seines Selbst, die nicht mit diesem Modus übereinstimmen. Er dissoziiert oder spaltet diese Teile von seiner Selbstwahrnehmung ab. Ein psychisch gesunder Mensch verliert nicht den Kontakt zu diesen Selbst-Teilen und kann auch mehrere Modi gleichzeitig erfahren. Bei ihm sind diese auch weniger starr. „Im Sinne Piagets sind sie in der Reaktion auf die Realität offener für Akkommodation“ (S. 78). Schemamodi können variieren hinsichtlich folgender Dimensionen:

dissoziiert	–	integriert
verkannt	–	anerkannt
maladaptiv	–	adaptiv
extrem	–	leicht
starr	–	flexibel
rein	–	gemischt

Zehn Schemamodi

Die zehn Schemamodi lassen sich in vier allgemeine Kategorien einteilen:

- Kind-Modi
- dysfunktionale Bewältigungs-Modi
- dysfunktionale Eltern-Modi
- gesunder Erwachsenen-Modus

Die zehn Modi lassen sich diesen Kategorien wie folgt zuordnen:

Kind-Modi

1. verletzbares Kind
2. verärgertes Kind
3. impulsives / undiszipliniertes Kind
4. glückliches Kind

dysfunktionale Bewältigungs-Modi

5. bereitwillig sich Ergebender
6. distanzierter Beschützer
7. Überkompensierender

dysfunktionale Eltern-Modi

8. strafender Elternteil
9. fordernder Elternteil

gesunder Erwachsenen-Modus

10. gesunder Erwachsener

Schematherapie (S. 80)

Die Schematherapie gliedert sich in zwei Behandlungsphasen:

- Einschätzung und Edukation
- Veränderung

Die Phase der Einschätzung und Edukation

Diese Phase hat sechs Hauptziele:

1. Identifikation dysfunktionaler Lebensmuster
2. Identifikation und Aktivierung früher maladaptiver Schemata
3. Verstehen der Ursprünge der Schemata in der Kindheit und Jugend
4. Identifikation bevorzugter Bewältigungsstile und Bewältigungsreaktionen
5. Einschätzung des Temperaments
6. Zusammenfassung: die Entwicklung eines Fallkonzepts

Diese Ziele werden mit folgenden Vorgehensweisen verfolgt:

- Der Therapeut macht sich ein Bild von den Problemen des Patienten.
 - Der Therapeut führt eine Anamnese durch, um seine dysfunktionalen Lebensmuster zu identifizieren.
 - Der Therapeut erklärt dem Patienten das Schemamodell.
 - Der Patient beantwortet zu Hause Fragebögen.
 - Der Patient bespricht die Fragebögen mit dem Therapeuten.
 - Der Therapeut setzt erlebensbezogene Techniken, insbesondere Imaginationen ein, um Schemata zu aktivieren.
 - Der Therapeut beobachtet, wie sich Schemata in der Therapiebeziehung aktualisieren.
 - Der Therapeut schätzt das Temperament des Patienten ein.
- In leichteren Fällen reichen hierzu fünf Therapiesitzungen, meist dauert es erheblich länger.

Ein schemafokussiertes Fallkonzept

Der letzte Schritt der Einschätzungs- und Edukationsphase ist das Erstellen eines Fallkonzepts. Hierzu füllt der Therapeut das Formblatt „Schema Therapy Case Conceptualisation Form“ aus.

Es enthält folgende Abschnitte (Abb. 2.1, S. 104 f.):

- Hintergrundinformationen
- Relevante Schemata
- Aktuelle Probleme
- Schemaauslöser
- Schwere der Schemata, Bewältigungsreaktionen und Schemamodi; Gefahr der Dekompensation
- Potenzielle temperamentsbedingte / biologische Faktoren
- Entwicklungsgeschichtliche Faktoren
- Zentrale Kindheitserinnerungen und -bilder

- Zentrale kognitive Verzerrungen
- Verhaltensweisen des Sich-Fügens
- Verhaltensweisen des Vermeidens
- Verhaltensweisen des Überkompensierens
- Relevante Schemamodi
- Therapeutische Beziehung

Weshalb es so wichtig ist, die Schemata und Bewältigungsstile richtig zu identifizieren:

Vorschnelles Ableiten eines Schemas, z. B. aufgrund von Diagnosen, der Lebensgeschichte oder von Bewältigungsreaktionen, führt zu einem falschen Fallkonzept. Young nennt als Beispiel eine Patientin, die den Therapeuten wiederholt um Rat wegen der Probleme mit ihrem Freund bittet. Nahelegend ist die Vermutung, dass sie abhängig ist und dem Therapeuten die Verantwortung abgeben möchte (Schema-Abhängigkeit/Inkompetenz). Richtige Reaktion des Therapeuten wäre in diesem Fall, ihr keinen Rat zu geben. Es zeigte sich jedoch, dass bei ihr das Schema „Emotionale Entbehrung“ aktiv war. Sie hätte in ihrer Kindheit einen starken Menschen gebraucht, der ihr Hilfe und Rat gegeben hätte. Richtige Reaktion des Therapeuten ist deshalb, ihr den Rat zu geben.

Relative Kontraindikationen der Schematherapie

Es werden fünf Störungsbereiche genannt, bei denen davon Abstand genommen werden soll, eine Schematherapie zu beginnen:

1. Schwere Krise
2. Psychose
3. Achse-I-Störung mit schwerer, sofort behandlungsbedürftiger Symptomatik (Major Depression, Panikstörung, Bulimie)
4. Schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit von Alkohol und anderen Drogen
5. Aktuelle Probleme, die nicht schemabedingt sind

Dagegen werden Persönlichkeitsstörungen und chronische Achse-I-Störungen, bei denen Verhaltenstherapie nicht wirksam war, mit Schematherapie behandelt.

Fragebögen für die Schematherapie

Fragebogen zur Lebensgeschichte: Dieser ist sehr umfangreich und wird dem Patienten zum Ausfüllen mit nach Hause gegeben. Er enthält Fragen zur Biographie und zur gegenwärtigen Lebenssituation.

Young Schema Questionnaire: Er enthält 205 sechsstufige Items, die die sechzehn frühen maladaptiven Schemata erfassen. Für die Auswertung sind nicht Mittelwerte pro Schema entscheidend, sondern Items mit der Ausprägung 5 oder 6, die mit dem Patienten besprochen werden. Eine Kurzversion mit 75 Items ist eher für Forschungszwecke gedacht.

Young Parenting Inventory: Dieser Fragebogen soll die Herkunft der maladaptiven Schemata in der Kindheit des Patienten klären. Vater und Mutter werden mit 72 sechsstufigen Items getrennt hinsichtlich ihres Verhaltens dem Kind gegenüber beurteilt. Die Items mit den Extremwerten 5 und 6 werden mit dem Patienten durchgesprochen (beim Schema „Emotio-

nale Entbehrung“ sind es die Items mit den Ausprägungen 1 und 2).

Young-Rygh Avoidance Inventory: Seine 41 sechsstufigen Items erfassen die Tendenz zur Schemavermeidung, z. B.: „Wenn ich allein bin, schaue ich mir gewöhnlich viele Fernsehsendungen an.“ Diese Aussagen sind nicht schemaspezifisch, da ein Bewältigungsstil für mehrere Schemata anwendbar sein kann. Die Auswertung bezieht sich wieder auf das gemeinsame Betrachten der Items mit den Extremantworten 5 und 6.

Young Compensation Inventory: Mit 48 sechsstufigen Items wird die Tendenz zur Schemaüberkompensation als Bewältigungsstil gemessen, z. B.: „Wenn etwas schiefgeht, gebe ich oft anderen die Schuld.“

Imaginationsarbeit für die Einschätzung nutzen

Young verfolgt mit Imaginationen folgende Ziele (S. 119):

1. die Schemata der Patienten identifizieren und aktivieren
2. die Ursprünge der Schemata in der Kindheit verstehen
3. die Schemata zu den aktuellen Problemen des Patienten in Beziehung setzen
4. dem Patienten helfen, mit den Schemata assoziierte Emotionen zu erleben

Nachdem der Therapeut dem Patienten über die Imaginationen aufgeklärt hat, kann eine Instruktion erfolgen, die dazu führt, dass der Patient während der Imagination berichtet, was er wahrnimmt, im Körper spürt, fühlt, denkt, erinnert:

1. Imagination eines sicheren Ortes
2. Imagination einer beunruhigenden Situation mit den Eltern. Fragen zur Situation: Was sehen Sie? Wo sind Sie? Wie alt sind Sie? Was geschieht in der Szene?
3. Fragen zu psychischen Prozessen in der Imagination: Was fühlen Sie? Was denken Sie? Was fühlt der Elternteil? Was denkt er?
4. Instruktion, jetzt ein Gespräch mit diesem Elternteil zu beginnen: Was sagen Sie? Was sagt der Elternteil? Das Gespräch soll zu Ende geführt werden.
5. Vorstellung, welches Elternverhalten gewünscht worden wäre. Instruktion, dem Elternteil mit den Worten eines Kindes zu sagen, wie der Patient ihn sich gewünscht hätte.
6. Vorstellung, wie der Elternteil auf die Äußerung des Wunsches reagiert, was darauf in der Situation geschieht, wie die Szene endet. Und das resultierende Gefühl bewusst wahrnehmen.
7. Instruktion, dieses Gefühl stärker werden zu lassen, im Körper zu halten und von der Kindheits-Imagination zu einer Situation des heutigen Lebens zu wechseln, in der das gleiche Gefühl da ist. Instruktion: Einer eventuell in dieser Situation anwesenden Person sagen, wie sie sich verändern soll. Frage: Wie reagiert sie?
8. Imagination langsam ausblenden und an den sicheren Ort zurückkehren. Die Entspannung und das angenehme Gefühl genießen.

Schemavermeidung überwinden

Young berichtet, dass Patienten immer wieder vermeiden, mithilfe der Imagination ihr Schema zu aktivieren. Er hat

deshalb Methoden entwickelt, um die Schemavermeidung zu überwinden (S. 125):

1. den Patienten über den Sinn der Imaginationsarbeit aufklären;
2. untersuchen, was für und was gegen die Imaginationsübung spricht;
3. mit beruhigend wirkenden Bildern beginnen und angstauslösendes Material erst allmählich einfließen lassen;
4. einen Dialog mit dem vermeidenden Aspekt des Patienten führen (Arbeit mit Schemamodi);
5. Einsatz von Affektregulierungstechniken wie Achtsamkeits- oder Entspannungsübungen;
6. Einsatz psychotroper Medikamente.

Die Edukation der Patienten hinsichtlich ihrer Schemata
„Während des gesamten Einschätzungsprozesses informiert der Therapeut den Patienten über das Schemamodell, und zwar in erster Linie durch Diskussion, Lektüreempfehlung und Anleitung zur Selbstbeobachtung. Wenn er das Modell besser kennengelernt hat, kann er sich an der Formulierung des Fallkonzepts besser beteiligen“ (S. 129).

Veränderungsphase der Schematherapie (Kap. 3 ff.)

Veränderungen werden durch folgende Interventionen erzielt:

- Kognitive Techniken
- Erlebensbasierte Strategien
- Aufbrechen von Verhaltensmustern
- Therapeutische Beziehung nutzen
- Detaillierte Strategien zur Schemabehandlung
- Arbeit an Schemamodi
- Schematherapie bei Borderline-Störung
- Schematherapie bei narzisstischer Persönlichkeitsstörung

Kognitive Techniken

Folgende kognitive Techniken werden eingesetzt:

1. Das Zutreffen eines Schemas prüfen
2. Umdeuten (Neurahmen) der Beweise, die ein Schema stützen
3. Beurteilen der Vorteile und Nachteile der Bewältigungsstile des Patienten
4. Initiieren eines Dialogs zwischen „Schemaseite“ und der „gesunden Seite“
5. Entwickeln von Erinnerungskarten mit Merksätzen, die sich auf ein Schema beziehen („Schema-Memo“: Das augenblickliche Gefühl anerkennen – Identifikation des Schemas – Realitätsprüfung – Verhaltensanweisung)
6. Führen eines Schematagebuchs unter Verwendung eines entsprechenden Formblatts (Trigger, Emotionen, Gedanken, Tatsächliche Verhaltensweisen, Schemata, Adäquate Sichtweise, Realistische Sorgen, Überreaktionen, Adäquates Verhalten)

Erlebensbasierte Strategien für die Phase der Veränderung

Um Veränderung zu erreichen, werden ebenfalls Imaginationen eingesetzt:

- Dialoge mit Vorstellungsbildern
- Imaginationsarbeit mit dem Ziel des Reparenting
- Traumatische Erinnerungen
- Briefe an Eltern
- Nutzung von Vorstellungsbildern zur Überwindung eingefleischter Bewältigungsmuster
- Schemavermeidung: Dialog mit dem Modus distanzierter Beschützer

Aufbrechen von Verhaltensmustern

Um dysfunktionale Verhaltensmuster aufzubrechen, werden folgende Maßnahmen eingesetzt:

- Bereitschaft zum Aufbrechen von Verhaltensmustern herstellen
- Zusammenstellen von Verhaltensweisen, deren Veränderung gewünscht wird
- detaillierte Beschreibung problematischer Verhaltensweisen
- Vorstellungsbilder von auslösenden Ereignissen
- Berichte wichtiger Bezugspersonen des Patienten
- Verhaltensprioritäten für das Aufbrechen von Mustern festlegen
- Mit dem problematischsten Verhalten beginnen
- Das Zielverhalten mit seinen Ursprüngen in der Kindheit in Verbindung bringen
- Entwickeln einer Erinnerungskarte (Schema-Memo)
- Proben von funktionalem Verhalten in der Vorstellung und im Rollenspiel
- Vereinbarung über die Ausführung einer Hausaufgabe
- Überprüfung der Hausaufgabe
- Blockierungen über Verhaltensänderungen überwinden
- Im Leben größere Veränderungen herbeiführen

Einsatz der therapeutischen Beziehung in der Änderungsphase

Die wichtigsten Aspekte der Nutzung der therapeutischen Beziehung für den Änderungsprozess sind:

- empathische Konfrontation (oder empathische Realitätsprüfung)
- begrenztes Reparenting

Detaillierte Strategien zur Schemabehandlung

Young geht auf jedes der 18 Schemata gesondert ein, um die für das jeweilige Schema günstige Vorgehensweise darzulegen.

Domäne I: Abgetrenntheit und Ablehnung

Verlassenheit / Instabilität (im Stich gelassen)

Am wichtigsten sind nachträgliche elterliche Fürsorge (um den Therapeuten als stabiles Objekt zu erfahren) und empathische Konfrontation (um die Erwartung, vom Therapeuten alsbald verlassen zu werden, zu korrigieren). Erlebnisbasiertes Vorgehen hilft, die Wut auf den betreffenden Elternteil wahrnehmen zu können. Mit verhaltensbezogenen Strategien wird das Suchen und Finden eines zuverlässigen Partners verfolgt.

Misstrauen / Missbrauch (Misstrauen)

Bei Missbrauchserfahrungen in der Kindheit wird ein sicherer Ort geschaffen. Von therapeutischer Seite wird nicht zu Missbrauchserinnerungen hingeführt. Kognitiv erfolgt die Diskrimination zwischen vertrauenswürdigen und nicht vertrauenswürdigen Personen. Mit erlebnisbasiertem Vorgehen erinnert sich der Patient an das Trauma, erlebt seine Wut auf den Täter, erfährt vom Therapeuten Schutz und Trost. Mit verhaltensbezogenen Strategien beginnt der Patient zu jetzigen Bezugspersonen in vertrauensvolle Interaktionen zu treten.

Emotionale Entbehrung (Entbehrung)

Durch erlebnisbasierte Strategien erfährt der Patient, dass seine Bedürfnisse in der Kindheit nicht erfüllt wurden. Als gesunder Erwachsener tröstet der Therapeut das einsame Kind. Sein Reparenting gibt dem Patienten Bedürfnisbefriedigung. Verhaltensbezogene Strategien führen dazu, dass der Patient sich wirklich auf emotionale Beziehungen mit anderen Menschen einlässt und deren emotionale Angebote annehmen lernt.

Unzulänglichkeit / Scham (unzulänglich)

Der Therapeut gibt dem Patienten häufig Wertschätzung und Lob, benennt dessen positive Eigenschaften. Mit kognitiven Reattribuierungen werden Eigenschaften positiv konnotiert. Erlebnisbasierte Vorgehensweisen helfen, als Kind die Wut auf die übermäßig kritisierenden Eltern zu wecken, während der Therapeut das Kind tröstet, schützt und lobt. Später übernimmt der Patient in der Imagination die Position des gesunden Erwachsenen, der sich gegen den kritischen Elternteil wendet und das Kind tröstet. Verhaltensstrategien führen zur Schamexposition und zum Aufbau von Selbstbehauptung gegenüber Kritikern.

Soziale Isolierung / Entfremdung (isoliert)

Kognitive und Verhaltensstrategien sind hier am wichtigsten. Kognitiv werden die Gemeinsamkeiten mit anderen Menschen erarbeitet und so das Gefühl des Fremdseins reduziert. Verhaltensstrategien reduzieren das Vermeiden sozialer Situationen und den Umgang mit der dabei entstehenden Angst. Erlebnisbasierte Strategien helfen, Ärger über Personen der Kindheit (Gleichaltrige) zu spüren, die ihn evtl. ausgeschlossen haben.

Domäne II: Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung*Abhängigkeit / Inkompetenz (abhängig)*

Kognitive und Verhaltensstrategien sind besonders wichtig. Kognitiv wird die Selbsteinschätzung als inkompetent und hilfsbedürftig verändert. Auf Verhaltensebene wird unabhängiges, selbstständiges Verhalten aufgebaut. In der therapeutischen Beziehung achtet der Therapeut darauf, nicht die Rolle des kompetenten Helfers und Ratgebers zu übernehmen.

Anfälligkeit für Schädigungen oder Krankheiten (verletzbar)

Zunächst wird die biographische Herkunft der Katastrophenerwartungen und der Selbsteinschätzung, solchen drohenden Ereignissen wehrlos ausgeliefert zu sein, gemeinsam eruiert. Dann werden die Vor- und Nachteile dieser Erwartungshaltung im jetzigen Leben herausgearbeitet, und

sie wird mit kognitiven Strategien verändert. Imaginationsübungen bereiten die gestufte Exposition mit Situationen vor, in denen eine Katastrophe befürchtet wird. Dabei ist der Patient in der Vorstellung ein gesunder Erwachsener, der dem verängstigten Kind Sicherheit gibt.

Verstrickung / Unentwickeltes Selbst (verstrickt)

Kognitive Strategien ändern die Überzeugung, dass die einzige dem Patienten mögliche Lebensform die Verstrickung mit ihrer wichtigen Bezugsperson (oft ein Elternteil) ist. Erlebnisbasierte Strategien setzen eine Imagination der Abgrenzung und Trennung von diesem Elternteil ein. Der gesunde Erwachsene, zunächst vom Therapeuten, später vom Patienten übernommen, unterstützt das verstrickte Kind bei diesem Trennungsvorgang. Verhaltensstrategien führen zum Verfolgen eigener Interessen, unabhängig von der verstrickten Bezugsperson. Außerdem sollen neue Bezugspersonen gefunden werden, die sich nicht auf ein verstricktes Beziehungsmuster einlassen.

Versagen (versagen)

Am wichtigsten ist es, die biographische Herkunft genau zu explorieren (auch die Abgrenzung gegen Minderbegabung, reale Defizite, unterentwickelte Kompetenzen und ADS). Erst wenn feststeht, weshalb der Patient versagt hat, werden überwiegend kognitive und verhaltensbezogene Strategien eingesetzt. Kognitiv wird das Versagen kausal auf das Schema reattribuiert und anschließend aufgezeigt, dass der Bewältigungsstil des Versagens durch halbherzigen Einsatz eine selbsterfüllende Prophezeiung herbeiführt. Die Aufmerksamkeit wird auf stattgefundene Erfolge und sichtbare Fähigkeiten gelenkt. Mental vorbereitete Verhaltensstrategien werden optimiert, so dass Erfolg sehr wahrscheinlich wird.

Domäne III: Beeinträchtigungen im Umgang mit Begrenzungen*Anspruchshaltung / Grandiosität(besonders sein)*

Young unterscheidet Menschen mit einer reinen Anspruchshaltung, die sie als verzogene und verzärtelte Kinder ins Erwachsenenalter mitgenommen haben, ohne ein maladaptives Schema zu entwickeln, von narzisstischen Persönlichkeiten, bei denen eine fragile oder unsichere Anspruchshaltung besteht als Überkompensation eines anderen Schemas (Unzulänglichkeit und emotionale Entbehrung). Nur Erstere sind hier gemeint. Für sie gilt es, Grenzen zu setzen, so dass ihr Egoismus in Reziprozität übergehen kann (alle Menschen sind gleich wertvoll, und keiner hat ein Recht auf eine besondere Behandlung). Beziehungsarbeit steht im Vordergrund. Durch empathische Konfrontation werden egozentrischem Verhalten Grenzen gesetzt und angeregt, eine empathische Perspektive einzunehmen.

Unzureichende Selbstkontrolle / Selbstdisziplin (schrakenlos, unbeherrscht)

Zunächst ist ein ADHS auszuschließen. Die Impulsivität wird gezügelt, indem kognitive Selbststeuerung mit kognitiv-behavioralen Techniken aufgebaut wird, die dafür sorgt, dass der Handlungsimpuls unterlassen wird. Die Fähigkeit zum Verzicht auf sofortige Bedürfnisbefriedigung

wird stufenweise aufgebaut, immer länger bei einer Aufgabe bleibende, immer später sich genießende Konsumation gewährend. In der therapeutischen Beziehung werden Grenzen gesetzt mit negativen Konsequenzen für impulsives Verhalten.

Domäne IV: Fremdorrientiertheit

Unterwerfung (Unterordnung)

Zuerst wird konstatiert, dass das Äußern von Bedürfnissen und Gefühlen normal und deshalb erlaubt ist. Durch kognitiv eingeleitete Verhaltensexperimente wird dann die Erfahrung vermittelt, dass sich andere Menschen nicht rächen, wenn der Patient sofort Bedürfnisse und Gefühle äußert. Zentrale Bedeutung haben erlebnisbasierte Strategien. Es wird so lange mit Imaginationen gearbeitet, bis der Patient in der Lage ist, Ärger zu spüren und auszudrücken und dadurch das Selbstbild zu entwickeln, in der Lage zu sein, sich Recht zu verschaffen. Eventuell ist es notwendig, mit Imaginationen die Wahrnehmung und Äußerung von Bedürfnissen vorzubereiten. Auf Verhaltenzebene ist es wichtig, Bezugspersonen zu finden, die den Patienten nicht beherrschen wollen. Im Rahmen von Reparenting ist der Therapeut nicht direktiv, um nicht zur Autoritätsperson gemacht zu werden, konfrontiert empathisch mit unterwürfigem Verhalten ihm gegenüber und ermutigt, Ärger über den Therapeuten auszudrücken.

Selbstaufopferung (sich für andere aufopfern)

Kognitive Strategien werden eingesetzt, um zu erkennen, dass andere gar nicht so hilfsbedürftig sind. Die Aufmerksamkeit wird auf eigene Bedürfnisse gelenkt, so dass diese wahrgenommen werden. Die Verantwortung des Patienten für das Wohlergehen anderer erwachsener Menschen wird aufgehoben. Es wird entdeckt, dass Geben und Nehmen in den Beziehungen des Patienten extrem unausgewogen ist. Und es wird festgehalten, dass der Patient nie darum bittet, vom anderen ein Bedürfnis befriedigt zu bekommen. Erlebnisbasierte Strategien helfen, Trauer und Wut im Erinnern an den Elternteil zu spüren, der sich, statt die Bedürfnisse des Kindes zu befriedigen, als hilfsbedürftig darstellte. Verhaltensbezogene Strategien helfen, Schwächen zu zeigen, um Hilfe zu bitten und Wünsche direkt zu äußern sowie Forderungen zu stellen. In der therapeutischen Beziehung achtet der Therapeut, dass er nicht selbst altruistisch erscheint, sondern modellhaft gut für sich sorgt, gleichzeitig aber dem Patienten großzügig gibt.

Streben nach Zustimmung und Anerkennung (Beachtung suchend)

Kognitive Strategien helfen, Vor- und Nachteil des Anerkennungsstrebens klarzumachen, vor allem die nur oberflächliche und vorübergehende Befriedigung, die auf diese Weise suchterzeugend wirkt. Erlebnisbasierte Methoden führen in der Imagination zu den Kindheitserlebnissen, in denen das Kind sich um die Zuwendung seiner fordernden Eltern bemühte, lassen Wut und Trauer spüren, dass die eigentlichen Bedürfnisse des Kindes nicht befriedigt wurden. Der Therapeut geht in die Rolle des gesunden Erwachsenen, der hilft im Modus des verletzlichen Kindes zu bleiben und nicht Zustimmung und Anerkennung

zu suchen. Verhaltensexperimente helfen, die Erfahrung von Missbilligung, von Ignoriert- und Nicht-erkannt-Werden ertragen zu lernen, während eigenen Neigungen nachgegangen wird. Wenn das Anerkennungsstreben suchtartigen Charakter angenommen hat, wird gelernt, den schmerzlichen Entzug durchzustehen. In der therapeutischen Beziehung wird mit nach Zustimmung und Anerkennung suchendem Verhalten empathisch konfrontiert.

Domäne V: Übertriebene Wachsamkeit und Gehemtheit

Negativität / Pessimismus (Negatives hervorheben)

Kognitive Strategien helfen, anhand konkreter negativer Vorhersagen zu erfahren, dass diese nicht eingetreten sind, und eine Liste darüber zu führen. Logische Korrektur: Negative Ereignisse in der Vergangenheit erlauben keine entsprechende Vorhersage für die Zukunft. Funktionalität des Pessimismus: Sorgen machen als magischer Versuch, die Zukunft zu kontrollieren. Erlebnisbasierte Strategien aktivieren den Modus des glücklichen Kindes, nachdem der gesunde Erwachsene das besorgte Kind beruhigt und sich dem pessimistisch-negativen Elternteil entgegenstellt. Verhaltensstrategien wenden Reaktionsverhinderung an: Der Patient wird daran gehindert, sich auf mögliche Fehler zu konzentrieren, die schreckliche Folgen nach sich ziehen könnten. Verhaltensexperimente helfen, permanentes Klagen durch direkte Bitten um nährende Zuwendung zu ersetzen. Sich Sorgen machen wird auf eine festgelegte Zeit pro Tag verlegt und begrenzt. Verhaltensweisen, die Freude bereiten, werden systematisch etabliert. In der therapeutischen Beziehung gibt der Therapeut nährende Zuwendung, ohne das Klagen zu verstärken.

Emotionale Gehemtheit (emotional gehemmt)

Erlebnisbasierte Strategien beginnen mit Imaginationen zur Kindheit, in der zunächst der Therapeut in der Rolle des gesunden Erwachsenen den hemmenden Elternteil zur Rede stellt und dann dem gehemmten Kind hilft, Gefühle wie Wut und Liebe auszudrücken. Er lobt und bestätigt das Kind dafür. Kognitiv werden die negativen Vorhersagen zu den Wirkungen von spontanem Gefühlsausdruck einer empirischen Prüfung unterzogen. Verhaltensbezogene Strategien üben im Rollenspiel Ausdruck und Aussprechen von Gefühlen. Es kann eine Kampfsportart oder ein Tanzkurs und eine Gruppentherapie empfohlen werden. In der therapeutischen Beziehung ist der Therapeut in einem warmherzigen Reparenting nichtrationales Vorbild.

Überhöhte Standards / Übertrieben kritische Haltung (unerbittliche Ansprüche)

Kognitive und Verhaltensstrategien sind hier am wichtigsten. Kognitiv wird das Alles-oder-nichts-Urteil durch einen Maßstab mit vielen Zwischenstufen ersetzt. Gute, nicht perfekte Leistungen werden gewürdigt. Vor- und Nachteile des Perfektionismus und des evtl. resultierenden arbeits-süchtigen Verhaltens werden erarbeitet. Empirisch werden die negativen Vorhersagen über die Folgen von Nicht-Perfektion geprüft. Auf Verhaltenzebene wird eine Höchstzeit für Arbeit festgelegt und Freizeit mit Spiel und Vergnügen verordnet, absichtlich werden nicht perfekte Leistungen produziert, unvollkommene Leistungen anderer gelobt, Zeit mit

Geselligkeit „vergeudet“, gelernt, mit den resultierenden Schuldgefühlen umzugehen. Perfektes Verhalten in der Therapie wird mit empathischer Konfrontation beantwortet.

Bestrafen (strafend)

Kognitive Strategien helfen, die Vor- und Nachteile von Bestrafung und Vergebung zu erforschen. Es wird psychologisches Wissen über die negativen Auswirkungen von Bestrafung vermittelt. Ein Dialog zwischen bestrafender und vergebender Seite des Patienten folgt. Erlebnisbasiert wird die in der Kindheit erfolgte Internalisierung eines strafenden Elternteils durch Externalisierung rückgängig gemacht, die in der Imagination nun wieder als von außen kommende strafende Stimme weniger ich-synton erlebt wird. In der therapeutischen Beziehung ist der Therapeut empathisch mitfühlend statt kritisch-bestrafend.

Die Veränderungsarbeit mit Schemamodi

Young empfiehlt sieben allgemeine Verfahrensschritte der Arbeit mit Schemamodi:

1. Identifizieren und benennen Sie die Schemamodi des Patienten.
2. Erforschen Sie den Ursprung und den adaptiven Wert des Modus (falls dieser relevant ist) in der Kindheit oder Adoleszenz.
3. Bringen Sie maladaptive Schemamodi mit aktuellen Problemen und Symptomen in Verbindung.
4. Demonstrieren Sie, welche Vorteile es für den Patienten hat, einen Modus zu verändern oder völlig aufzugeben, der den Zugang zu einem anderen Modus behindert.
5. Treten Sie mit Imaginationsarbeit zum Modus „verletztes Kind“ in Kontakt.
6. Initiieren Sie zwischen den verschiedenen Modi Dialoge. Anfangs übernimmt der Therapeut den Part des Modus „gesunder Erwachsener“, später spielt der Patient ihn selbst.
7. Helfen Sie dem Patienten, die Arbeit an den Schemamodi auf Situationen in seinem Alltagsleben zu übertragen.

Zusammenfassung

Störungstheorie

Die Schematherapie geht davon aus, dass frustrierende bis traumatische Erfahrungen mit den Eltern sich verfestigen zu kognitiv-affektiv-sinnlich-körperlichen Schemata, die durch Triggerereignisse reaktiviert werden und dann starke negative Gefühle hervorrufen. Ohne dass dabei das verursachende Kindheitserlebnis ins Bewusstsein gelangt, wird in Situationen des Erwachsenenlebens Ähnliches immer wieder erlebt, so oft das Schema aktiviert wird. Dazu gehören typische kognitive Verzerrungen, wie sie von Beck beschrieben wurden. Sie sind in dem Ausmaß maladaptiv, in dem sie Lebens-, Beziehungs- und Berufsgestaltung beeinträchtigen, unzufrieden, unglücklich oder krank machen. Bewältigungsreaktionen, die diese Schemata und ihre Auswirkungen abmildern sollen, werden habituell zu Bewältigungsstilen: Wegen der äußerst unangenehmen Gefühle, die sie auslösen, werden auslösende Situationen zum Teil oder von bestimmten Menschen überwiegend vermieden. Andere kämpfen dagegen an, indem sie

überkompensieren, sich nicht schwach und gequält, sondern angreifend und stark gebärdend. Bestimmte Bewusstseinszustände (Schemamodi) erleichtern das Auftreten bestimmter Schemata und spalten dissoziativ andere ab. Früh erworbene Schemata sind stark und starr, vor allem wenn beide Eltern an ihrer Entstehung beteiligt waren.

Vereinfacht können wir uns das so vorstellen, dass wir in eine zwischenmenschliche Situation kommen und in Sekundenbruchteilen unbewusst versuchen, diese in ihrer Bedeutung und ihrem Anforderungscharakter sowie unsere Chancen, sie zu meistern, einzuschätzen. Dazu suchen wir unser szenisches Gedächtnis nach bereits erlebten ähnlichen Situationen ab, und zwar zuerst nach denen, die uns schaden können, um uns schnell zu wappnen. Unser Gedächtnis liefert uns ähnliche Situationen von der Kindheit bis zum Erwachsenenalter. Besonders traumatische treten in den Vordergrund unserer vorbewussten „Erinnerung“. Mit dem erlebten Sachverhalt kommt aber auch das ganze damalige Befinden mit Gefühlen, Gedanken, Sinneseindrücken und Körperempfinden als untrennbares Muster oder Schema nach oben. Unser Denken ist jetzt so wie damals, unser Gefühl ist dasselbe wie damals, unsere Sinneseindrücke werden von den damaligen eingefärbt, und selbst unser Körper nimmt die Befindlichkeit von damals an. Das resultierende Gefühl ist entsprechend äußerst unangenehm. Wenn wir Pech haben, treten wir in einen Bewusstseinszustand ein, der uns von anderen Teilen unserer Selbstwahrnehmung abtrennt und uns die Möglichkeit nimmt, unsere Fähigkeiten und Fertigkeiten zu vergegenwärtigen und einzusetzen. Entweder handeln wir aus diesem Selbstgefühl heraus in einer unteroptimalen (maladaptiven) Weise und verfestigen dadurch das Schema. Denn es ist ja schon wieder passiert. Oder wir kämpfen dagegen an und versuchen irgendwie das Gegenteil zu tun, viel heftiger, als es in der Situation angemessen wäre, so dass wir auch dadurch zu einem unteroptimalen Ergebnis kommen, trotz des großen energetischen Aufwands, den wir betrieben haben. Nur wenn wir gelernt haben, solchen Triggersituationen aus dem Weg zu gehen, ersparen wir uns das. Allerdings sperren wir uns dann von wichtigen Lebensbereichen aus und machen unser Leben ärmer.

So könnte man die Störungstheorie der Schematherapie etwa nachzeichnen. Es fehlt nur noch die Symptombildung. Genau das ist es, wodurch dieser Ansatz eher Persönlichkeitsstörungen erklärt als Symptombildungen. Die Dramaturgie führt nicht zum Symptom, sondern zur Persönlichkeitsstörung. Diese wird verständlich gemacht und nicht die Symptombildung. Deshalb sind auch die Vorschläge für Symptombehandlungen überwiegend kognitiv-behavioraler Art.

Therapietheorie

Wenn das maladaptive Schema durch falsch handelnde Eltern entstand, muss die Therapie diese Erfahrung korrigieren, so dass die Aussagen und Konklusionen des maladaptiven Schemas Konkurrenz durch neues Erleben bekommen, ihre für alle Zeit gültige Absolutheit nicht mehr aufrechterhalten, sondern in die Vergangenheit verwiesen werden können. Diese korrigierende emotionale Erfahrung nach Alexander (1956) kann durch ein Reparenting innerhalb der Therapie stattfinden.

den. Der Therapeut befriedigt die in der Kindheit frustrierten Bedürfnisse. Die maladaptiven Bewältigungsreaktionen des Patienten erschweren aber ein Reparenting, weil kein Vertrauen zum Therapeuten entsteht, da sie dem Therapeuten nicht die Möglichkeit geben, Bedürfnisse zu befriedigen. Deshalb muss der Therapeut durch empathische Konfrontation auf diese Bewältigungsmuster aufmerksam machen, so dass der Patient probieren kann, sie wegzulassen. Wenn der Patient aber noch gar keinen Zugang zu seinen frühen frustrierten Bedürfnissen hat, muss mithilfe von Imaginationsarbeit in die Kindheit zurückgegangen werden. Der Patient kann in eine szenische Erinnerung eintreten und spüren, welche elementaren Bedürfnisse das Elternverhalten frustrierte. Bewusster Zugang zu seinen elementaren Bedürfnissen, deren Befriedigung durch Reparenting und das Unterlassen maladaptiver Bewältigungsreaktionen ermöglichen neue Verhaltensweisen, die nicht mehr schemaassoziiert sind, sondern die bestmögliche Antwort in einer Gegenwartssituation sind. Erst diese neuen Verhaltensweisen beschließen die Schemaheilung.

Diskussion

Trotz der unübersehbaren kognitiv-behavioralen Tradition in der Konzeptualisierung und in der therapeutischen Vorgehensweise hat Young etwas Neues geschaffen, ein sehr komplexes Werk, das eine fällige Erneuerung kognitiv-behavioraler Therapien darstellt. Er sagt von sich selbst, dass er mit der Schematherapie das kognitiv-behaviorale Lager verlassen hat und ein integrativer Therapeut geworden ist. Insbesondere erwähnt er die Einbeziehung

- der psychodynamischen Therapie (insbesondere Objektbeziehungsansatz),
- der Bindungstheorie und
- der Gestalttherapie.

Gleiches könnte Marsha Linehan (1996) von sich sagen und andere Protagonisten der dritten Welle der Verhaltenstherapie (Hayes 2005, McCollough 2007). So leicht ist es also nicht, aus diesem Kreis entlassen zu werden. Vor allem McCollough (2007) hat in weiten Teilen seines CBASP-Ansatzes ähnliche Inhalte und Vorgehensweisen. Bei ihm geht es um maladaptive Interpretationen und Interaktionsmuster, kausaltheoretische Schlussfolgerungen bezüglich der Folgen problematischer Elternteile, Übertragungshypothesen, kontrollierte Beziehungsaufnahme mit akomplementärem Therapeutenverhalten und ebenso um korrigierende emotionale Erfahrungen in der therapeutischen Beziehung (vergl. Sulz 2007).

Gehen wir noch einmal auf die von Young et al. (2005) selbst genannten Vorteile der Schematherapie ein:

- Schematherapie ist integrativer als jeder der oben genannten Therapieansätze: Die Geschichtsschreibung der Psychotherapie verlangt das auch nicht von diesen traditionsreichen Therapieansätzen. Erst ihre Existenz gab Nachfolgern die Chance, Integration zu betreiben.
- Sparsamkeit und Einfachheit: Störungs- und Therapietheorie sind zunächst einfach. Der Therapieansatz als solcher fächert dann die zu berücksichtigenden Variablen so sehr auf, dass doch ein sehr anspruchsvolles System dar-

aus geworden ist. Leider folgt die Theorie mit ihrem Erklärungsanspruch nicht der Systematik, so dass eine Lücke zwischen den einfachen Erklärungen der Theorie und dem komplexen System klafft. Wie genau hängen Schemamodi und Schemata zusammen? Wie die kognitiven Verzerrungen? Welche der 18 Schemata sind wirkliche Schemata?

- Tiefe und Komplexität: Im Vergleich zu den sparsamen Theorien der kognitiven und der Verhaltenstherapie ist eine große Tiefe entstanden, die den Menschen in wesentlichen Aspekten zu erfassen vermag. Trotzdem wurden sehr viele Aspekte weggelassen, die in der psychodynamischen Theorie Berücksichtigung finden. Auch die Neurobiologie, die heutigen wissenschaftlichen Emotionstheorien und die Entwicklungspsychologie Piagets haben keine wesentlichen Impulse geliefert. Eine Schwachstelle des rein kognitiven Ansatzes hat die Schematherapie übernommen: Die Funktionalität von Verhalten wird nur am Rande gestreift. Situationen werden als Auslöser und nicht als diskriminative Stimuli im operanten Sinne gesehen. Dadurch wird wie bei Beck viel Tiefe verschenkt – vor allem wenn es um die Funktion von Symptombildungen geht. Im therapeutischen Bereich sind die eleganten Imaginationsarbeiten ein sehr großer Gewinn für Psychotherapeuten, da sie sehr in die Tiefe des Verstehens und Erinnerns führen.
- Spezifität von Fallkonzeption und Behandlungsstrategie: Dies ist eine der großen Stärken der Schematherapie – es wird systematisch und konsequent der einzelne Fall völlig individuell in seiner Lebensgeschichte und seiner Gegenwartsproblematik erfasst und daraus die für ihn passendste Therapiekonzeption abgeleitet.
- Schematherapie ist geprägt von Mitgefühl und Menschlichkeit: Das ist der eigentliche Unterschied zur kognitiven und zur Verhaltenstherapie. Denn intuitiv haben viele Therapeuten ihre Therapien in diese Richtung geändert. Aber der Schritt des Reparenting ist bei den frühen Störungen, die Persönlichkeitsstörungen zugrunde liegen, ein großes Unterfangen, für das man sich gut ausgerüstet fühlen muss. Kognitiv-behaviorale Therapeuten bringen in dieser Hinsicht wenig mit. Umgekehrt wagen Psychodynamische Therapeuten vielleicht zu wenig, sich vom Grundsatz einer psychoanalytisch definierten Abstinenz zu entfernen. Das Problem starker Übertragungen und deren rechtzeitiger und wirklich heilsamer Auflösung ist groß und wird von Young et al. (2005) nicht explizit gewürdigt. Zwar sollten Schematherapeuten sich ihrer eigenen Schemata, Schemamodi und Bewältigungsstile bewusst sein, aber das Arbeiten mit Gegenübertragung wird nicht explizit angegangen.

Die Autoren betonen, dass die Schematherapie wie die kognitive Verhaltenstherapie

- allgemein verständlich,
- strukturiert und systematisch,
- aktiv und direktiv sei.

Da fühlt sich ein Verhaltenstherapeut gleich zu Hause, wenn es ihm mal gelungen ist, das Konzept so zu verstehen, dass er in diesem neuen Denksystem einen Fall reflektieren kann.

Tabelle 1: Vergleich Schematherapie mit Strategischer Kurzzeittherapie

KRITERIUM	SCHEMATHERAPIE	STRATEGISCHE KURZZEITTHERAPIE
Beruft sich auf	Alexander (1956), Beck (1996), Bowlby (1995), Piaget (1976)	Kanfer (2000), Beck (1996) Meichenbaum und Turck (1994) Watzlawick (1981) und Haken (1995) Piaget (1976) und Kegan (1986) Greenberg (2000) und LeDoux (1996) Damasio (2003) und Panksepp (1998) Sullivan (1953) und Benjamin (2001)
Indikation	Persönlichkeitsstörungen	Achse-I-Symptombildungen und dysfunktionale Persönlichkeitsstile
Kontraindikationen	6. Schwere Krise 7. Psychose 8. Achse-I-Störung mit schwerer, sofort behandlungsbedürftiger Symptomatik (Major Depression, Panikstörung, Bulimie) 9. Schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit von Alkohol und anderen Drogen 10. Aktuelle Probleme, die nicht schemabedingt sind	1. Akute Psychose 2. Suchterkrankungen 3. Demenz
Dauer	Zwei Jahre	Ein Jahr (25 bis 60 Stunden)
Fokus der Behandlung liegt auf	Schemaheilung	a) Symptomtherapie b) Fertigkeitentraining c) Emotionale Entwicklung
STÖRUNG		
Voraussetzungen	5 elementare Bedürfnisse des Kindes	21 Bedürfnisse des Kindes
Störungsursache	Frustrierendes bzw. traumatisierendes Elternverhalten	dto.
Störungsfolge 1	18 maladaptive Schemata (im Stich gelassen, misstrauisch, Entbehrung etc.)	a) 7 zentrale Ängste b) 7 zentrale Wutformen c) dysfunktionale Überlebensregel
Störungsfolge 2 (Verhaltensweisen)	Maladaptive Bewältigungsstile a) sich fügend b) vermeidend c) überkompensierend	d) Dysfunktionale Persönlichkeitsstile (selbstunsicher, dependent, zwanghaft etc.) e) Dysfunktionaler Umgang mit Bedürfnissen f) Dysfunktionaler Umgang mit Angst g) Dysfunktionaler Umgang mit Wut und Ärger h) Dysfunktionale Emotionsregulation
Störungsfolge 3 (Bewusstseinszustand, Gestimmtheit, Rolle)	Maladaptive Schemamodi a) Kind-Modi b) Eltern-Modi c) Dysfunktionaler Bewältigungsmodus d) Gesunder Erwachsener	a) Dysfunktionaler Repetitiver Interaktions- und Beziehungstyp (DRIBS) = Beziehungstest b) Komplementäre Interaktionsmuster (Circumplexmodell mit Dominanz- und Affiliationsachse)

Bedeutung des heutigen Lebens	a) dysfunktionale Lebensgestaltung b) Triggersituationen, die ein Schema auslösen	a) dysfunktionale Lebensgestaltung c) symptomauslösendes Ereignis
Erklärung der Symptombildung	Versagen von maladaptiven Bewältigungsreaktionen	Situation verlangt zur Meisterung Verletzung der Überlebensregel
Berücksichtigung des funktionalen Aspekts	Nicht explizit berücksichtigt	Die Funktionsanalyse ist zentrales Instrument (Wozu wurde das Symptom erfunden? Wozu verhalten Sie sich selbstunsicher?)
THERAPIE		
Biographische Arbeit	Elternverhalten finden, das zur Schemabildung führte (Imagination und Fragebogen)	Frustrierendes/bedrohliches Elternverhalten eruieren (Imagination und Fragebogen)
Störungsidentifikation 1 (Schemata)	18 maladaptive Schemata einschätzen (Fragebogen)	Zentrale Bedürfnisse, Ängste, Wutformen (Imagination)
Störungsidentifikation 2 (Verhalten)	Bewältigungsreaktionen und -stile (Fragebogen)	Dysfunktionale Persönlichkeit (Fragebogen)
Therapieplanung	Individuelles Fallkonzept	dto.
Therapieziele	<ol style="list-style-type: none"> 1. Schemaentstehung verstehen 2. elementare Bedürfnisse der Kindheit spüren 3. Trauer, Wut auf Eltern erleben 4. korrigierende emotionale Erfahrung in der Therapie (Bedürfnisbefriedigung, Vertrauen) 5. Unterlassen dysfunktionaler Bewältigungsstile 6. Aufbau neuer Verhaltensweisen und Beziehungen 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Symptomreduktion 2. Symptomvulnerabilität reduzieren (Stressbewältigung, effizienter Umgang mit Bedürfnissen) 3. Selbsteffizienz erleben aufbauen 4. funktionale Emotionsregulation 5. kognitive Selbststeuerung optimieren (Wirkung der Überlebensregel reduzieren) 6. wertorientiertes Verhalten aufbauen 7. persönliche Entwicklung initiieren
Hauptinterventionsstrategien	<ol style="list-style-type: none"> a.) Reparenting b.) Empathische Konfrontation c.) Detaillierte Strategien zur Schemabehandlung d.) Arbeit an Schemamodi e.) Kognitive Strategien f.) Behaviorale Strategien 	<ol style="list-style-type: none"> a) Symptomtherapie b) Skills-Training c) Emotionsexposition und Akzeptanzarbeit d) Erlebnisbasierte Arbeit (Imagination) e) Arbeit mit der Überlebensregel f) Arbeit mit Werten g) Entwicklungsarbeit
Stellenwert von Wut und Ärger auf die frustrierenden Personen der Kindheit	Wird als Schlüssel zur Schemaheilung gewertet	Wird als notwendige Energie für den Aufbau effizienter Interaktion gewertet
Stellenwert der therapeutischen Beziehung	Hat oberste Priorität als zentrales Medium der Therapie	Ist im Sinne von Grawe (1998) der Boden, auf dem das Gebäude der Therapie aufgebaut wird

Vergleich von Schematherapie und Strategischer Kurzzeittherapie

Der Vergleich mit einem anderen Therapieansatz kann zusätzlich helfen, die Schematherapie zu orten. Für den Verfasser ist der Vergleich mit der von ihm entwickelten Strategischen Kurzzeittherapie (Sulz, 1994) naheliegend, da diese auch zu den „third wave“-Therapien gehört und viele Ähnlichkeiten mit der Schematherapie aufweist.

Gemeinsam ist beiden Ansätzen, dass die Ursache gestörter Schemata im Fehlverhalten der Eltern in der Kindheit gesehen wird. Gemeinsam ist auch, dass mit Imaginationsarbeit diesen Ursachen auf die Spur gegangen wird und die Veränderungen ebenfalls mit Imaginationsarbeit eingeleitet werden.

Wie Tabelle 1 auf der nächsten Seite zeigt, ist die Schematherapie einerseits elaborierter, da sie 18 Schemata differenziert. Gleichzeitig bleibt sie aber auch auf weniger Arbeitsebenen (Schema – Schemamodus – kognitive Verzerrungen – Bewältigungsstil), während die Strategische Kurzzeittherapie mehrdimensional (Bedürfnisdimension, Angstdimension, Aggressionsdimension, Verhaltensstereotyp-Dimension [Persönlichkeitsstil], kognitive Dimension [Überlebensregel und Werte] und Entwicklungsdimension) und zugleich auf einer systemtheoretischen Basis arbeitet, die das Zusammenwirken dieser Variablen erklärt (Sulz, 2006a,b; Graeff-Rudolph und Sulz, 2006).

Ausblick

Die Schematherapie stellt sich als eine Therapie zur Behandlung von maladaptiven Persönlichkeitsstilen und Persönlichkeitsstörungen dar. Sie ist kein Behandlungskonzept für Achse-I-Syndrome. Symptomtherapien müssen sich weiterhin auf behaviorale Konzepte stützen. Der Ansatz wirkt bestechend, vor allem für länger tätige Therapeuten, die in den Falldarstellungen eigene Patienten wiedererkennen, bei denen ihnen ein Therapieerfolg versagt blieb. Auf der Suche nach Erfolg versprechenden Lösungen werden sie bei der Schematherapie fündig. Ob sich ein Therapieanfänger noch während oder gleich nach seinem Therapieabschluss damit befassen sollte, hängt davon ab, wie viel Beziehungstherapie er schon gelernt hat. Bei schweren Persönlichkeitsstörungen muss mit einer sehr langen Therapiedauer gerechnet werden, wohl zwei Jahre oder mehr. Das ist im Kontingenz der Richtlinien-Verhaltenstherapie kaum unterzubringen. Wir müssen auf empirische Ergebnisse zur differenziellen Wirksamkeit warten, um weiter gehende Aussagen machen zu können.

Literatur

- Alexander E (1956): Psychoanalysis and psychotherapy: Developments in theory, techniques, and training. New York: Norton
 Beck AT (1996): Kognitive Therapie der Depression. Weinheim: Beltz
 Benjamin LS (2001): Die Interpersonelle Diagnose und Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. München: CIP-Medien
 Bowlby J (1995): Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie. Heidelberg: DEXTER

- Damasio A (2003): Der Spinoza-Effekt. Wie Gefühle unser Leben bestimmen. München: List
 Graeff-Rudolph U, Sulz SKD (2006): Strategic Therapy for Depression: Learning to use emotional energy for more fulfilling relationships. Eur Psychother 6:213-245
 Grawe K (1998): Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe
 Greenberg L (2000): Von der Kognition zur Emotion in der Psychotherapie. In: Sulz SKD, Lenz G (Hrsg.): Von der Kognition zur Emotion. Therapie mit Gefühlen. München: CIP-Medien, S. 77-110
 Haken H (1995): Erfolgsgeheimnisse der Natur. Synergetik: Die Lehre vom Zusammenwirken. Reinbek: Rowohlt
 Hayes S (2005): Akzeptanz- und Commitment Therapie ACT. München: CIP-Medien
 Kanfer F (2000): Self-Management Therapy: Orchestration of Basic Components for Individual Clients. Eur Psychother 1:10-14
 Kegan R (1986): Die Entwicklungsstufen des Selbst - Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben. München: Kindt
 LeDoux JE (1996): The Emotional Brain. New York: Simon und Schuster
 Linehan M (1996): Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien
 McCullough JP (2007): Behandlung von Depressionen mit dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy CBASP. München: CIP-Medien
 Meichenbaum D, Turk DC (1994): Therapiemotivation des Patienten. Bern: Huber
 Panksepp J (1998): Affective Neuroscience. New York: Oxford University Press
 Piaget J (1976): Die Äquilibration der kognitiven Strukturen. Stuttgart: Klett-Cotta
 Sullivan HS (1953): The Interpersonal Theory of Psychiatry. New York: Norton
 Sulz SKD (1994): Strategische Kurzzeittherapie – Wege zur effizienten Psychotherapie. München: CIP-Medien
 Sulz SKD (2006a): From the Symptom as Strategy to Strategic Brief Therapy: Self-regulation and Self-organization as Fundamental Therapeutic Principles. Eur Psychother 6:55-95
 Sulz SKD (2006b): Strategic Brief Therapy: A Step-by-Step Manual for the Reduction of Symptoms, the Development of Personality, and the Establishment of Effective Interpersonal Skills. Eur Psychother 6:95-119
 Sulz SKD (2007): Einführung und Exkurs: Von Piagets Entwicklungstheorie zu McCulloughs CBASP. In McCullough JP: Behandlung von Depression mit dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy. München: CIP-Medien, VII-XXVI
 Watzlawick P (1981): Die erfundene Wirklichkeit. München: Piper
 Young JE (1990): Cognitive Therapy of Personality Disorders: A schema-focused approach. Sarasota: Professional Resources Press
 Young JE, Klosko JS, Weishaar ME (2005): Schematherapie – Ein praxisorientiertes Handbuch. Paderborn: Junfermann

Dr. Dr. Serge K. D. Sulz

Centrum für Integrative Psychotherapie CIP gGmbH
 Nymphenburger Str. 185
 80634 München
 sergesulz@aol.com