



Leseprobe aus: Archonti, Roediger, de Zwaan (Hrsg.), Schematherapie bei Essstörungen, ISBN 978-3-621-28328-1
© 2016 Beltz Verlag, Weinheim Basel
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28328-1>

1 Einleitung: Schematherapie bei Essstörungen

Eckhard Roediger

Störungsspezifische, kognitiv-verhaltenstherapeutische, klärungsorientierte psychodynamische und die interpersonale Therapie zeigen unterschiedliche Therapieeffekte bei der Behandlung von Essstörungen. Liegt es da nicht nahe, wie von Grawe et al. (1994) vorgeschlagen, nach einer Verbindung von handlungs- und klärungsorientiertem Vorgehen zu suchen, um die verhaltenstherapeutischen und psychodynamischen Konzepte miteinander zu verknüpfen und die bisherigen Therapien in ihrer Wirksamkeit zu erweitern?

Eine detaillierte Analyse der Behandlungsergebnisse der bestehenden Ansätze folgt in Kapitel 3. In diesem Kapitel sollen zunächst die schematherapeutischen Grundlagen und ihre grundsätzliche Bedeutung für die Erweiterung der Behandlung von Essstörungen dargestellt werden, die dann in den Folgekapiteln weiter ausgeführt werden.

Das Schematherapie-Modell stellt eine Epistemologie dar, die zentrale psychodynamische Konzepte, wie z.B. intrapsychische Konflikte, gewissermaßen als Beschreibung der O-Variable (Bartling, 1992) bruchlos in ein bedingungsanalytisches, verhaltenstherapeutisches Modell integrieren kann. Dadurch bekommen die Patientinnen ein biografisch basiertes, inneres Arbeitsmodell (Bowlby, 1976), das die in der Gegenwart gezeigten, dysfunktionalen Verhaltensmuster jenseits von Kontingenzen verstehbar und als »damals beste Lösung« validierbar macht. Die therapeutische Beziehung bessert sich deutlich, wenn auf aktuell gezeigtes Verhalten nicht nur kontingent reagiert, sondern wenn durch eine biografische Verortung des Verhaltens als »früher angemessen, aber heute maladaptiv« eine empathische Konfrontation möglich wird. Dies zeigte sich in einer Metaanalyse (Jacob & Arntz, 2013) in vergleichsweise niedrigen Abbruchquoten von mit Schematherapie behandelten Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung: Während die durchschnittliche Abbruchquote der Schematherapie bei 10,1 Prozent lag, betrug sie bei der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) im Mittel 23 Prozent, bei der Mentalisierungsbasierten Therapie (MBT) 24,8 Prozent und der Übertragungsfokussierten Therapie nach Kernberg 34,9 Prozent.

Die Entstehung der Schematherapie

Die Schematherapie wurde von Jeffrey Young (et al., 2005) aufgrund seiner Erfahrungen mit therapieresistenten Patienten am Institut von Aaron T. Beck in Philadelphia entwickelt. Ähnlich wie bei Patientinnen mit Essstörungen zeigten diese Patienten Störungen beim Aufbau der Arbeitsbeziehung und beim Einhalten der vereinbarten Therapiemaßnahmen. Young sah darin einen Ausdruck maladaptiver Schemata, die die Patienten in ihren früheren (bzw. frühesten) Beziehungserfahrungen erworben haben. Die daraus resultierenden maladaptiven Schema-Bewältigungsreaktionen füh-

ren zu einem Verhalten, das häufig den Kriterien einer Persönlichkeitsstörung entspricht. Er sah es für eine erfolgreiche Therapie als notwendig an, das therapeutische Modell und Interventionsrepertoire zu erweitern, um diese sog. strukturellen Störungen effektiver behandeln zu können.

Zur Indikation der Schematherapie bei Essstörungen

Manche Patientinnen mit chronifizierten psychischen Störungen zeigen in ihrem Beziehungsverhalten ähnlich pervasive und rigide Züge wie Patientinnen mit Persönlichkeitsstörungen, sodass es sinnvoll erscheint, vor allem diese Störungsanteile mit spezifischen schematherapeutischen Interventionen zu behandeln. Eine solche schematherapeutische Behandlungskomponente kann die störungs- und symptombezogenen Therapiemaßnahmen aber keinesfalls ersetzen, sondern nur ergänzen, da sich im Sinne Grawes (Grawe et al., 1994) die Symptomatik im Laufe des oft langen Krankheitsverlaufes und der damit einhergehenden Chronifizierung von Erlebens- und Verhaltensmustern als autonome, sich selbst stabilisierende »Störungsattraktoren« in die neuronale Matrix des Gehirns »eingebrennt« haben (LeDoux, 1998), die mit handlungsbezogenen, störungsspezifischen Interventionen angegangen werden müssen. Eine klärungsorientierte Arbeit beeinflusst diese Störungsattraktoren nicht in ausreichendem Maße. Eine genauere Darstellung dieses Modells gibt Roediger (2011).

Diese Verbindung von symptombezogenen und klärungsorientierten Maßnahmen hat Samuel Ball für die Behandlung von substanzbezogenen Störungen als sog. »Dual Focus Schema Therapy« (DFST) bereits konzipiert (1998, 2004). In ähnlicher Weise wird auch an Konzepten zur Behandlung anderer chronifizierter psychischer Störungen, z. B. Zwangserkrankungen oder chronischen Depressionen (Renner et al., 2014), gearbeitet. Daher liegt die Anwendung auch für Essstörungen nahe.

1.1 Die Grundlagen des Schemamodells

Das schematherapeutische Modell und das daraus abgeleitete Vorgehen beinhaltet die folgenden zentralen Komponenten:

- ▶ Die verschiedenen Systematiken von *Grundbedürfnissen* (Young et al., 2005; Grawe et al., 1994) lassen sich im Sinne einer maximalen Komplexitätsreduktion auf die Polarität von zwei zentralen Bedürfnissen, nämlich ein reziprokes Bindungs- und ein Selbstbehauptungs- / Autonomie- / kontrollorientiertes Grundbedürfnis reduzieren, die für eine optimale Persönlichkeitsentwicklung ausbalanciert und flexibel aktiviert sein sollten.
- ▶ Der Status der Grundbedürfnisbefriedigung zeigt sich in sechs *Basisemotionen* (Ekman, 1993), die damit Signalcharakter haben. Freude bzw. Glück ist der angestrebte Zustand, in dem alle Bedürfnisse angemessen befriedigt sind. Überraschung zeigt unspezifisch eine Abweichung vom erwarteten Zustand an. Angst und Trauer weisen auf eine Frustration des Bindungsbedürfnisses hin, während

Ekel / Genervt-Sein bzw. Wut / Ärger anzeigen, dass die Autonomie bzw. Selbstbehauptung bedroht ist – oder sie sind eine sekundäre Reaktion auf Zurückweisung.

- Die Frustrationen wichtiger kindlicher Grundbedürfnisse schlagen sich als negative emotionale *Schemata* nieder. Diese beeinflussen als »Hintergrundfolie« (trait) fortan die Wahrnehmung, Bewertung und Handlungsimpulse in allen weiteren sozialen Interaktionen. Die von Young et al. (2005) definierten 18 Schemata sind in Tabelle 1.1 dargestellt.

Tabelle 1.1 Liste der Schemata, Domänen und frustrierten Grundbedürfnisse

Nr.	Schema	Erleben / Reaktion als Kind	Domäne (frustriertes Bedürfnis)
1	Emotionale Vernachlässigung	Zu wenig Liebe und Zuwendung erhalten in Anwesenheit anderer	Abtrenntheit und Ablehnung (Bindung)
2	Verlassenheit / Instabilität (im Stich gelassen)	Von Bezugspersonen alleine gelassen oder nicht gut betreut worden, daher Verlustängste	
3	Misstrauen / Missbrauch	Emotional, physisch oder sexuell missbraucht und nun Angst, ausgenutzt zu werden	
4	Isolation	In der Jugend ausgegrenzt, sich fremd fühlen, kaum Freunde	
5	Unzulänglichkeit / Scham	Herabgesetzt oder gedemütigt worden, nicht liebenswert sein	
6	Erfolglosigkeit / Versagen	Kein Vertrauen in eigene Leistungen, geht Aufgaben nicht an	Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung (Kontrolle)
7	Abhängigkeit / Inkompetenz	Kann nicht selbst entscheiden, fühlt sich von allem überfordert	
8	Verletzbarkeit	Angst vor Fremdem, fühlt sich schutzlos ausgeliefert	
9	Verstrickung / unentwickeltes Selbst	Enge Bindung an Eltern bis zur Parentifizierung, konnte keine eigene Identität entwickeln	
10	Anspruchshaltung / Grandiosität (besonders sein)	Muss sich nicht an Regeln halten, hält sich für etwas Besseres, kontrollorientiert, wenig Einfühlungsvermögen	Beeinträchtigung im Umgang mit Begrenzungen (Selbstkontrolle)
11	Unzureichende Selbstkontrolle / Selbstdisziplin	Wenig Ausdauer beim Verfolgen von Zielen, vermeidet komplexe Aufgaben, reagiert impulsiv	

Tabelle 1.1 (Fortsetzung)

Nr.	Schema	Erleben / Reaktion als Kind	Domäne (frustriertes Bedürfnis)
12	Unterwerfung / Unterordnung	Fügt sich fremden Vorstellungen aus Angst vor Ablehnung	Fremdbezogenheit (Selbstwert)
13	Aufopferung	Erfüllt fremde Bedürfnisse, um Zuwendung zu bekommen	
14	Streben nach Anerkennung (Beachtung suchen)	Verhält sich angepasst bis zur Selbstverleugnung, um gemocht zu werden und dazu zu gehören	
15	Emotionale Gehemmtheit	Kontrolliert Gefühle und spontane Impulse, um nicht aufzufallen	Übertriebene Wachsamkeit und Gehemmtheit (Spontanität und Spiel)
16	Überhöhte Standards (unerbittliche Ansprüche)	Hohe Ansprüche an sich und andere, macht keine Pausen, Perfektionistisch-zwanghaft	
17	Negatives Hervorheben	Findet immer Haare in der Suppe, kann schlecht entscheiden	
18	Bestrafungsneigung	Keine Fehlertoleranz bei sich und anderen, umbarmherzig	

Im weiteren Lebensverlauf können Menschen formal in dreierlei Weise auf schemaauslösende Situationen reagieren:

- ▶ *Erduldung* der Schemaaktivierungen, indem emotional unbefriedigende Lebenssituationen als scheinbar nicht zu änderndes Schicksal akzeptiert werden
- ▶ *Vermeidung* von schemaaktivierenden Situationen
- ▶ *Kompensation*, indem sie aktiv gegen das Schema handeln

(Für Beispiele von Schemabewältigungsreaktionen s. Tab. 1.2)

Tabelle 1.2 Schemata und ihre Bewältigung

Schema	Entstehung	Erduldung	Vermeidung	Kompensation
Emotionale Vernachlässigung	Frustration des Bindungsbedürfnisses	in vernachlässigten Beziehungen bleiben	Keine engen Beziehungen eingehen	Den Partner zu Nähe zwingen
Unzulänglichkeit / Scham	Frustration des Selbstwertgefühls	Sich beschämen lassen	Unsicheren Situationen ausweichen	Sich perfekt präsentieren, um unangreifbar zu sein
Grandiosität	Mangel an Grenzsetzungen	Das größte Stück Kuchen für sich zu beanspruchen	Ganz genau gleich teilen	Das größte Stück bewusst einem anderen geben
Strafneigung (nach außen gerichtet)	Eigene Fehler wurden hart bestraft	Sich oder anderen keine Fehler durchgehen lassen	Nicht genau hinsehen	Sich bewusst nachsichtig verhalten

Das Modusmodell

Die Kombination von Schemata und Schemabewältigungsreaktionen führt in der Gegenwart zu wechselnden Erlebenszuständen bzw. sog. *Modi* (states). Diese umfassen analog zu den Komponenten der R-Variable in der Verhaltensanalyse (Bartling, 1992) emotionale, physiologische, kognitive und Verhaltensanteile. Es werden vier Gruppen von Modi unterschieden:

- ▶ *Kindmodi*, die in ihrer Essenz durch basale Emotionen als Ausdruck unbefriedigter Grundbedürfnisse charakterisiert sind (außer dem glücklichen Kindmodus)
- ▶ dysfunktionale *innere Elternmodi* (z. B. Bewerter / Kritiker / Bestrafer) als Internalisierungen der Bewertungen signifikanter Bezugspersonen
- ▶ maladaptive *Bewältigungsmodi* als früher bester Lösungsversuch möglicher Inkonsistenzen zwischen Kind- und inneren Elternmodi in sozialen Interaktionssituationen. Analog zu einem Tiermodell kann zwischen den drei grundlegenden Möglichkeiten der bindungsorientierten Unterwerfung / Aufopferung unter / für die anderen, des vermeidenden Rückzugs oder des selbstbehauptungsorientierten »Kämpfens« (Überkompensation) unterschieden werden.
- ▶ Ein gesunder *Erwachsenenmodus* als regulative Instanz (»Regisseur«), die in der Gegenwart funktionales Bewältigungsverhalten entwickeln und dadurch die Patientinnen wieder in den Zustand eines glücklichen Kindmodus bringen kann. Abbildung 1.1 zeigt eine Darstellung des Modells und der vermuteten Dynamik zwischen diesen Modi.

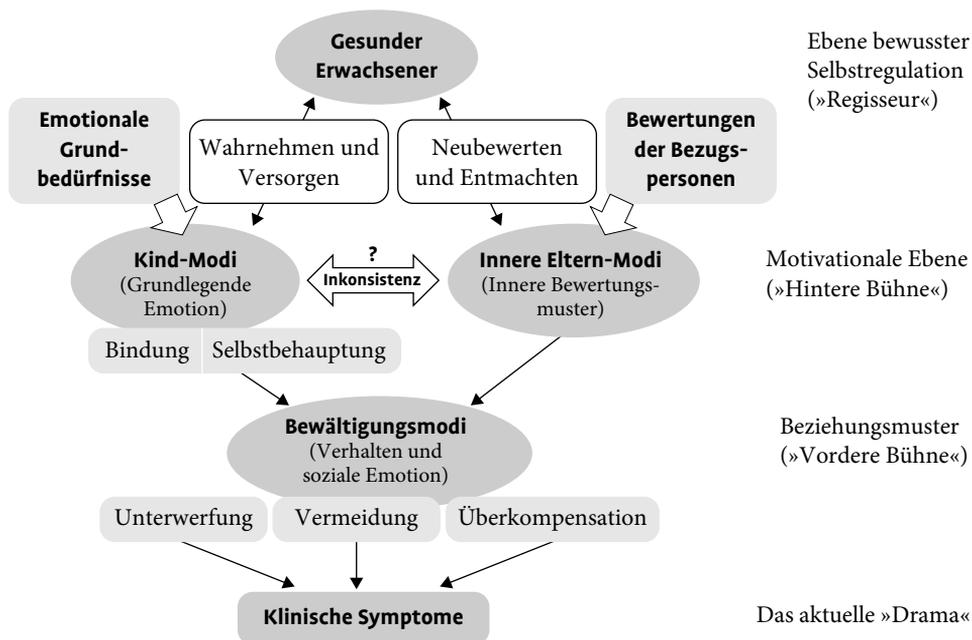


Abbildung 1.1 Zusammenstellung der Modi und vermutete Dynamiken

1.2 Das therapeutische Vorgehen

Symptome psychischer Störungen haben in dieser Konzeptualisierung ebenfalls eine inkonsistenzreduzierende Funktion (entsprechend Hand, 1993). Eine symptomatische Behandlung ohne Beeinflussung der störungsmittbedingenden und aufrechterhaltenden Inkonsistenzen auf der Ebene der motivationalen Systeme (»hintere Bühne«) kann in diesem Sinne zu Rezidiven bzw. Symptomverschiebungen führen.

Im Alltag begegnen uns zumindest emotional stabile Menschen zunächst im »Autopilotenmodus« (Kabat-Zinn, 1990) auf einer »vorderen Bühne« – analog der Spielebene im Modell der doppelten Handlungsregulation (Sachse, 2008) – in den ihnen vertrauten, aber u. U. maladaptiven Bewältigungsmodi. Um zu adaptiven Lösungen zu finden, werden diese Bewältigungsmodi identifiziert, benannt und dann umgangen, um Zugang zu den bedürfnisnäheren Kindmodi und den belastenden Bewertungsmustern / Grundannahmen (bzw. inneren Elternmodi) auf der »hinteren Bühne« zu bekommen. Bei stärkerer emotionaler Aktivierung oder Momenten reduzierter Selbstkontrolle können allerdings auch Kindmodi und innere Elternmodi direkt im Verhalten sichtbar werden.

Sind die Kind- und inneren Elternmodi identifiziert, können die inneren Elternmodi durch einen Perspektivwechsel in eine metakognitive Außenperspektive aus der Sicht eines gesunden Erwachsenen – analog der Wise-mind-Haltung (Linehan, 1996) – mit innerem Abstand und Bezug zu den Grundbedürfnissen und den heutigen Werten der Patienten neu bewertet werden. Anschließend werden die inneren Elternmodi entmachtet und die Grundbedürfnisse der Kindseite mit den heute verfügbaren Ressourcen versorgt.

Die Therapeuten nehmen in diesem Prozess analog zu pädagogischen Modellen eine sehr aktive und wenn nötig auch direktive Haltung ein, die im weiteren Therapieverlauf den locus of control (Rotter, 1966) wieder zunehmend den Patientinnen überträgt. Young et al. (2005) nennen dieses flexible Balancieren zwischen supportiver und modellierender Nachbeelterung und empathisch konfrontierender, formender Beziehungsgestaltung folgerichtig »begrenzte elterliche Fürsorge« (Limited Reparenting).

Um bei dem Neubewertungs-, Entmachtungs- und Selbstfürsorge-Prozess möglichst viele Informationsverarbeitungssysteme im Gehirn zu aktivieren, werden in der Schematherapie neben kognitiven Techniken umfassend erlebnisaktivierende Techniken aus der Gestalt- und Psychodramatherapie eingesetzt (besonders Imaginationen und Modusdialoge auf Stühlen). Diese Techniken werden jedoch konsequent auf das Schematherapiemodell bezogen und zielgerichtet eingesetzt und stellen damit ein zentrales Element schematherapeutischen Arbeitens dar.

Zur Übertragung der korrigierenden emotionalen Erfahrungen in den Lebensalltag der Patientinnen werden verschiedene Arbeitsblätter (Selbstbeobachtungsprotokolle, Schema-Modus-Memos, Tagebücher) eingesetzt, um in Verhaltensexperimenten die Wirksamkeit des in der Therapie Gelernten zu überprüfen und das funktionale Verhalten zu stabilisieren.

Der Gesamtbehandlungsplan

Der Ablauf fokussiert auf die maladaptiven Interaktionsmuster der Patientinnen, wie sie bei Persönlichkeitsstörungen dominieren, und ist daher mutmaßlich auch bei dieser Störungskomponente im Rahmen chronifizierter psychischer Störungen hilfreich. Das Herangehen muss jedoch in einen Gesamtbehandlungsplan eingebettet sein, der in ausreichendem Maß das symptomatische Verhalten adressiert und effektiv modifiziert (für eine ausführliche Darstellung der Antragsstellung im Richtlinienverfahren s. Köhler & Grünwald, 2011). Analog zum Vorgehen von Ball (1998/2004) ergibt sich daraus ein Vorgehen in drei Phasen, wie sie auch für die Traumatherapie beschrieben werden (Reddemann, 2011):

- (1) **Stabilisierungsphase:** Beziehungsaufbau, Vermittlung des Behandlungsrationalis und -modells, Stabilisierung des körperlichen Zustands und initiale Reduktion der Achse-I-Symptomatik, damit eine ausreichende emotionale Belastbarkeit geschaffen wird.
- (2) **Umstrukturierungsphase (Rescripting):** Arbeit an der Persönlichkeitsstruktur und Inkonsistenz-bewirkenden Dynamik auf der »hinteren Bühne« mit erlebnis-aktivierenden Techniken und Aufbau eines gesunden Erwachsenenmodus in den Patientinnen.
- (3) **Integrationsphase:** Stärkung der Autonomie- und Selbstregulationsfähigkeiten der Patientinnen im Alltag. Arbeit an verbliebenen Achse-I-Symptomen mit dem Ziel einer eigenständigen Normalisierung des Essverhaltens und Beibehaltung funktionalen Bewältigungsverhaltens.

Phase 1. In der ersten Phase dominieren noch therapeutenzentrierte Interventionen im Sinne eines »wohlwollenden Paternalismus« medizinischer Behandlungsmodelle. Dieses Setting ist typisch für die Phase der Gewichtszunahme zu Behandlungsbeginn. Die Härte, die diese Maßnahmen zwangsläufig mit sich bringt, wird dadurch gemildert, dass den Patientinnen das schematherapeutische Behandlungsmodell bereits jetzt vermittelt wird. Das Modell kann zunächst in seinen zentralen Elementen (analog der oben gegebenen Darstellung) recht einfach vermittelt werden, ein Beispiel findet sich im folgenden Kasten.

Fallbeispiel

»Wir gehen davon aus, dass Ihr Essverhalten gute Gründe hatte, als Sie es entwickelt haben. Wir vermuten, dass es Ihnen damals nicht so gut ging, weil wichtige Bedürfnisse, die jedes Kind hat, damals nicht ausreichend erfüllt wurden. Da gibt es im Wesentlichen zwei Grundbedürfnisse. Das eine ist, eine sichere, vertrauensvolle emotionale Bindung zu anderen Menschen zu haben. Das nennen wir im Alltag »Zuneigung«. Das andere Grundbedürfnis ist der Wunsch, die Lebenssituation beeinflussen und gestalten zu können, was uns Selbstwert und Selbstvertrauen gibt. Das sind im Prinzip die beiden Beine, auf denen wir im Leben stehen. (An dieser Stelle ist es hilfreich, wenn die Therapeutinnen aus der Anam-

nese oder der Therapiesituation Bezüge zu den Erlebnissen der Patientinnen herstellen können, um diese Zusammenhänge konkret erlebbar zu machen). Wenn man weder genug Zuneigung bekommt noch das Gefühl hat, an der Lebenssituation viel ändern zu können, liegt es doch nahe, dass man sich einen Bereich sucht, in dem das machbar erscheint. Und das war bei Ihnen das Gewicht bzw. Ihr Aussehen. Menschen tun immer das, womit es ihnen in der gegebenen Situation am besten geht. Und wenn man da Erfolge hat, kann das regelrecht zur Sucht werden. Das Verhalten wird dann immer automatischer und starrer und entwickelt sich nicht weiter. Das macht dann die eigentliche Krankheit aus.

Inzwischen sind Sie aber viel älter und haben eigentlich viel mehr Möglichkeiten als damals und ich finde es schade, wenn Sie immer noch die alten Muster beibehalten, die Sie als Kind entwickelt haben. Ich denke, da geht inzwischen viel mehr. Wir möchten Ihnen helfen, Ihre heutigen Möglichkeiten als Erwachsene voll zu nutzen. Im ersten Schritt müssen wir dazu an dieses Mädchen von damals herankommen, dass hinter dem Essverhalten steckt, und dafür sorgen, dass es heute bekommt, was es eigentlich braucht. Dann kann es wieder glücklicher sein, als Sie es heute sind. Dazu wollen wir auch herausfinden, welche Gedanken und Bewertungen heute Ihr Erleben beeinflussen. Vielleicht können wir gemeinsam nochmals neu darauf schauen. Ich bin gerne bereit, Ihnen am Anfang zu zeigen, wie das gehen kann. Vielleicht kann Ihre Erfahrung in dieser Therapie ein Anfang sein, indem Sie merken, dass Ihre Bedürfnisse hier wirklich gesehen werden und ich als Therapeut mich dafür in einer Art einsetze, die Sie vielleicht noch nie erlebt haben. Dann können wir zusammen ein neues Drehbuch für Ihr Leben schreiben.«

Phase 2. Ein zentrales Problem in der zweiten Phase ist, einen verlässlichen Zugang zu der Ebene des unmittelbaren emotionalen Erlebens zu bekommen, den sogenannten Kindmodi. Dies betrifft sowohl die bindungsorientierte Seite des verletzbaren Kindmodus als auch die direkt selbstbehauptungsorientierte Seite des ärgerlichen Kindmodus. Beide emotionalen Pole sind zu Beginn der Therapie in der Regel blockiert und man begegnet den emotional kühlen, kontrolliert rationalen Beschützermodi der Patientinnen. Oft dominieren mühsame Diskussionen über das Essen und andere Regeln die Therapiesprache. Fragen nach früheren belastenden Erlebnissen gehen oft ins Leere. Fehlende Erinnerungen und eine fast demonstrative Normalität zeigen sich als typische Antworten aus dem distanzierten Beschützermodus heraus. Inhaltlich-kognitive Auseinandersetzungen helfen meist nicht weiter.

Eine Möglichkeit, »Material« für konkretere Begegnungen zu bekommen, sind im stationären oder teilstationären Rahmen die non-verbale Methoden, in denen sich die Patientinnen in verschiedenen Kontexten »zeigen« müssen (z. B. künstlerische oder Ergotherapie, Bewegungstherapie, Formen der Arbeitstherapie wie Gartenarbeit oder Diensten auf Station wie z. B. Blumen gießen etc.). Auf das hier konkret Beobachtbare kann in den Therapiesprachen eingegangen werden, entweder direkt von den Kunst-, Bewegungs- oder Ergotherapeuten, den anwesenden Pflegemitarbeitern oder

später auch in der Einzeltherapie bei der Psychotherapeutin. (Für eine Darstellung einer schemamodell-basierten Bewegungstherapie s. Pillmann & Roselli, 2011.) Auch die gemeinsamen erlebnisaktivierenden Übungen in der Gruppenschematherapie (GST, Farrell et al., 2013) bieten Erlebens- und Beobachtungsfelder, die Themen für die Weiterarbeit geben (s. a. Kap. 9).

Erlebnisaktivierende Techniken

Wichtige Techniken in den Einzeltherapien, die einen Zugang zur Patientin ermöglichen, vorbei an dem oft sprachlich-gekonnt aufgebauten »distanzierten Beschützer« und seiner »Mauer«, sind Imaginationsübungen und Dialoge auf mehreren Stühlen. Beide Techniken werden in Kapitel 6 und 7 ausführlich dargestellt.

Imaginationsübungen. Der zentrale Schritt bei den Imaginationen besteht darin, dass aus den semantisch-verbalen Informationsverarbeitungs- und Gedächtnissystemen auf eine körpernah-emotional-episodische Ebene gewechselt wird, was einen direkteren Zugang zu Assoziationen und Bildern aus dem biographischen Gedächtnis ermöglicht. Besonders gut gelingt das, wenn man spontan aus einem Gespräch heraus an der Stelle unmittelbar in eine Imaginationübung wechselt, an der die Patientinnen eine starke emotionale Beteiligung zeigen. Je stärker die emotionale Aktivierung in der Gegenwartssituation ist, umso leichter gelingt der sog. »float back« in eine dieser emotionalen Aktivierung zugrundeliegende, schemaassoziierte Jugend- oder Kindheitssituation. Im Idealfall können die Patientinnen dann sehr evident erleben, dass ihre heutigen Gefühle denen in der bildlich-emotional-assoziativ (und nicht kognitiv!) gefundenen biographischen Szene deutlich ähnlich sind. Dies erlaubt den Patientinnen wirklich anzuerkennen, dass heutige Gefühle stärker durch alte Schemata bewirkt werden als durch die aktuelle Auslösesituation.

In der Imagination erleben die Patientinnen, wie ihre Vergangenheit in die Gegenwart eindringt und diese belastet und dass heute eine andere Lösung möglich ist.

Dies kann das »Gezerre« in den Gegenwartauseinandersetzungen etwas entzerren und Raum für eine Beschäftigung mit dem Innenleben als Ausdruck reaktiverter alter Erlebnisse schaffen. Das Erleben im Kindmodus kann durch das zusätzliche Eintreten der Patientinnen im heutigen Erwachsenenmodus, unterstützt von den Therapeutinnen, durch eine »Überschreibung« unter Nutzung der heute zugänglichen Ressourcen aufgelöst werden.

Stuhldialoge. Die Modusdialoge auf mehreren Stühlen ermöglichen, in der Gegenwart verschiedene innere Anteile (Modi) der Patientinnen »auseinanderzusetzen« und getrennt und spezifisch zu bearbeiten. Die anfangs im Vordergrund stehenden Bewältigungsmodi werden von den Patientinnen in der Regel als recht ich-synton erlebt, etwa, wenn die Patientinnen absolut davon überzeugt sind, zu dick zu sein. Da bleibt kein Raum für Zweifel oder ambivalente Gefühle. Um Raum für widerstrebende Positionen oder Perspektiven zu schaffen, können diesen Teilen verschiedene Stühle zugewiesen und die Patientinnen dann dort gezielt »befragt« werden – idealerweise,

indem sich die Therapeuten dann neben den entsprechenden Stuhl setzen, so dass eine vertraulichere Atmosphäre entsteht. (Für Details dieser Art des Arbeitens s. Kap. 6 sowie Roediger, im Druck). Dadurch können die oft durch die teils zahlreichen Vortherapien starr gewordenen Gesprächsformen aufgelöst bzw. umgangen werden. Die auf diesem Wege identifizierten inneren Bewerter bzw. Eltern- und Kindmodi können dann von dem wohlwollend-distanzierten und damit handlungsfähigeren Erwachsenenmodus entmachtet bzw. versorgt werden, wobei die Therapeuten anfangs immer wieder helfend einspringen, damit die Übungen gut ausgehen.

Modusdialoge auf mehreren Stühlen ermöglichen, die innere Landschaft der Patienten »auseinanderzusetzen«, neu zu bewerten und dann zu einem neuen, funktionalen Bewältigungsverhalten unter der Führung des Erwachsenenmodus neu »zusammensetzen«.

Phase 3. In der dritten Phase nehmen sich die Therapeuten immer mehr zurück und übende Therapieelemente (Selbstbeobachtungsprotokolle, verhaltensanalytische Schema-Modus-Memos, Rollenspiele, Verhaltensexperimente, Tagebuchaufzeichnungen etc.) treten in den Vordergrund. Die guten Erfahrungen aus der Umstrukturierungsphase können den Patienten für die veränderungsorientierte dritte Phase dadurch verfügbar gemacht werden, indem die Aussagen der Therapeutinnen und später des Erwachsenenmodus auf Handys oder anderen Tonspeichermedien als sog. »Audio-Memos« aufgenommen werden, damit die Patientinnen ein Archiv positiver Selbstinstruktionen verfügbar haben.

Diese Aufnahmen können dann in belastenden Alltagssituationen angehört werden in der Hoffnung, dass sie dann leichter aus dem alten, maladaptiven Bewältigungsverhalten in das neue, funktionalere Verhalten wechseln können. Durch die Audio-Memos kann die positive Stimmung aus den Therapiesitzungen auch im Alltag aktiviert werden. Das kann das Zünglein an der Waage sein, den Erwachsenenmodus zu stärken und das neue Verhalten auch außerhalb der Therapie beizubehalten. Dadurch können sich die Patienten aus der zwischenzeitig notwendigen emotionalen Bezogenheit von ihren Therapeutinnen wieder lösen und etwaige Tendenzen zur Abhängigkeit auflösen.



Im Laufe der Integrationsphase ersetzen die verinnerlichteten Therapeuten als gesunder Erwachsenenmodus die alten, dysfunktionalen inneren Elternmodi.

Auch hier zeigt sich die Parallele der schematherapeutischen »begrenzten elterlichen Fürsorge« zu den pädagogischen Prozessen der Primärsozialisation: Auch Kinder sind anfangs sehr bindungsorientiert und machen sich von den Eltern abhängig. Aber ihr Selbstbehauptungssystem führt sie (meist) in eine gesunde Autonomieentwicklung. Analog dazu entwickeln Patientinnen, deren Bindungsbedürfnisse hinreichend befriedigt wurden, auch wieder eine stärkere Autonomiebereitschaft.

Durch dieses schrittweise Vorgehen ist eine zielgerichtete und auch für die Patientinnen transparente Therapieplanung möglich. Die Patientinnen können sich über den Behandlungsansatz in gut verständlicher Literatur (z. B. Jacob et al., 2011; Roediger, 2015) oder in ganz allgemeiner Form (Roediger, 2014) bzw. über kostenlos zugängliche Online-Materialien informieren (http://www.schematherapie-roediger.de/info/index_info.htm). Die drei Stufen bauen aufeinander auf, so dass in einem stationären oder teilstationären Setting im Sinne einer kontingenzorientierten Förderung lösungsorientierten Verhaltens das Erreichen einer Stufe als Eingangsvoraussetzung für die Teilnahme an weiteren Behandlungsschritten definiert werden kann.

Literatur

- Ball, S. A. (1998). Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: Dual Focus Schema Therapy. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(6), 883–891.
- Ball, S. A. (2004). Treatment of personality disorders with co-occurring substance dependence: Dual Focus Schema Therapy. In J. J. Magnavita (Ed.), *Handbook of Personality Disorders: Theory and Practice* (pp. 398–425). Hoboken, NJ: Wiley.
- Bartling, G. (1992). Problemanalyse im therapeutischen Prozeß: Leitfaden für die Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bowlby, J. (1976). Trennung. Psychische Schäden als Folgen der Trennung von Mutter und Kind. München: Kindler.
- Ekman, P. (1993). Facial expression and emotion. *American Psychologist*, 48, 384–392.
- Farrell, J. & Shaw, I. (2013). Schematherapie in Gruppen. Weinheim: Beltz.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.
- Hand, I. (1993). Exposition-Reaktion-Management (ERM) in der strategisch-systemischen Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie*, 3, 61–65.
- Jacob, G., van Genderen, H. & Seebauer, L. (2011). *Andere Wege gehen. Lebensmuster verstehen und verändern – ein schematherapeutisches Selbsthilfebuch*. Weinheim: Beltz.
- Jacob, G. & Arntz, A. (2013). Schema Therapy for Personality Disorders – A review. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6 (2), 171–185.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living*. New York: Delta.
- Köhler, H. & Grünwald, L. (2010). Begutachtung von Verhaltenstherapieanträgen, die schematherapeutische Überlegungen berücksichtigen. In E. Roediger & G. Jacob (Hrsg.), *Fortschritte der Schematherapie* (S. 104–112). Göttingen: Hogrefe.
- LeDoux, J. E. (1998). *Das Netz der Gefühle – Wie Emotionen entstehen*. Wien: Carl Hanser.
- Linehan, M. M. (1996). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Pillmann, M. & Rosselli, A. (2011). Schemaorientierte Kurzzeit-Körperpsychotherapie in Gruppen. In E. Roediger & G. Jacob (Hrsg.), *Fortschritte der Schematherapie* (S. 274–289). Göttingen: Hogrefe.
- Reddemann, L. (2011). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie PITT: Das Manual*. (6. Aufl.). Klett-Cotta: Stuttgart.
- Renner, F., Arntz, A., Leeuw, I. & Huibers, M. (2014). Schematherapie für chronische Depressionen. *Verhaltenstherapie*, 24, 169–181.
- Roediger, E. (2011). *Praxis der Schematherapie. Lehrbuch zu Grundlagen, Modell und Anwendung*. Stuttgart: Schattauer.
- Roediger, E. (2014). *Wer A sagt ... muss noch lange nicht B sagen. Lebensfallen und lästige Gewohnheiten hinter sich lassen*. München: Kösel.
- Roediger, E. (2015). *Raus aus den Lebensfallen. Das Schematherapie-Patientenbuch* (2. Aufl.). Paderborn: Junfermann.
- Roediger, E. (im Druck). *Ressourcenaktivierung durch Perspektivwechsel. Stehen Sie doch*

- einfach einmal auf! Ein Plädoyer für mehr Bewegung(en) in der Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie*, 20(2).
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs Journal*, 80(1), 1–28.
- Sachse, R. (2008). Klärungsorientierte Schemabearbeitung. Dysfunktionale Schemata effektiv verändern. Göttingen: Hogrefe.
- Young, J. E., Klosko, J.S. & Weishaar, M. E. (2005). Schematherapie – ein praxisorientiertes Handbuch. Paderborn: Junfermann.