



Valente • Reusch

2. Auflage

Selbstregulation und Impulskontrolle durch Schematherapie aufbauen



Online-Material auf
psychotherapie.tools

BELTZ

Anschrift der Autoren:

Dr. Matias Valente
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Klinikum am Weissenhof
74189 Weinsberg
m.valente@klinikum-weissenhof.de

Dipl.-Psych. Yvonne Reusch
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Klinikum am Weissenhof
74189 Weinsberg
y.reusch@klinikum-weissenhof.de

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-29234-4 Print
ISBN 978-3-621-29235-1 E-Book (PDF)

2., neu ausgestattete Auflage 2024

© 2024 Programm PVU Psychologie Verlags Union
in der Verlagsgruppe Beltz • Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Natalie Brecht
Umschlagbild: Getty Images/Jeffrey Coolidge
Herstellung: Victoria Larson
Gesamtherstellung: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autoren und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhaltsübersicht

Geleitwort	9
Vorwort	11
1 Grundlagen der Schematherapie: Ein Überblick	14
2 Das Konzept der Impulskontrolle	33
3 Methoden zur Erhöhung von Selbstkontrolle in der Kognitiven Verhaltenstherapie	43
4 Achtsamkeit, Erlebensakzeptanz und Commitment in der Schematherapie	64
5 Konkrete Anwendung	80
Anhang	157
Arbeitsmaterialien	158
Literatur	167
Sachwortverzeichnis	170

Inhalt

Geleitwort	9
Vorwort	11
1 Grundlagen der Schematherapie: Ein Überblick	14
1.1 Was ist Schematherapie?	14
1.2 Die Schematheorie	14
1.2.1 Emotionale Grundbedürfnisse	15
1.2.2 Frühe maladaptive Schemata	16
1.2.3 Schemabewältigung	19
1.2.4 Schemamodi	20
1.3 Behandlungsgrundlagen	26
1.3.1 Behandlungsstrategien und konkrete Techniken	26
1.3.2 Therapeutische Beziehung	26
1.3.3 Behandlungsziele in der Schematherapie	26
1.3.4 Behandlungsplan	29
1.4 Wirksamkeit und empirische Belege	30
1.4.1 Wirkfaktoren	31
2 Das Konzept der Impulskontrolle	33
2.1 Impulskontrolle als Fähigkeit zum Belohnungsaufschub	33
2.2 »Heißer« Impuls und »kühle« Kontrolle	34
2.3 Strategien der Impulskontrolle und Selbststeuerung	36
2.3.1 Störungen der Impulskontrolle und das Phänomen der »Verhaltenssüchte«	38
2.3.2 Impulskontrolle innerhalb der schematherapeutischen Moduslandschaft	40
2.3.3 Schematherapie zur Behandlung von Impulskontrollstörungen	41
3 Methoden zur Erhöhung von Selbstkontrolle in der Kognitiven Verhaltenstherapie	43
3.1 Selbstbeobachtung	43
3.2 Selbstbelohnung und Selbstbestrafung: Operante Methoden.	45
3.3 Verhaltensvertrge	50
3.4 Stimuluskontrolle	52
3.5 Gedankenstopp	53
3.6 Verdecktes Konditionieren	55
3.7 Selbstverbalisation/Selbstinstruktion	56
3.8 Problemlsetraining	57

3.9	Reizkonfrontation	59
3.10	Habit Reversal (Gewohnheitsumkehr)	61
4	Achtsamkeit, Erlebensakzeptanz und Commitment in der Schematherapie	64
4.1	Eine kurze Einführung in die Akzeptanz- und Commitment-therapie (ACT)	66
4.2	Achtsamkeit	68
4.3	Akzeptanz	71
4.4	Commitment	74
4.5	Zusammenfassung	79
5	Konkrete Anwendung	80
5.1	Der Fall Sabine – Pathologisches Glücksspiel und kombinierte Persönlichkeitsstörung	80
5.2	Der Fall Nadja – Promiskuitives Verhalten und Missbrauch von Stimulanzen bei Borderline-Persönlichkeitsstörung	100
5.3	Der Fall Luisa – Pathologische Eifersucht und kombinierte Persönlichkeitsstörung	129
	Anhang	157
	Arbeitsmaterialien	158
	Literatur	168
	Sachwortverzeichnis	171

Geleitwort

Bereits in ihrem Vorwort greifen der Autor und die Autorin eine der »Gretchenfragen« auf, der sich die Schematherapie immer wieder gegenüberstellt, nämlich der Frage des Zusammenhangs von Schematherapie zu psychodynamischen Therapien einerseits und zur Verhaltenstherapie andererseits. Diese Frage kann meines Erachtens – zugegebenermaßen etwas verkürzt – wie folgt beantwortet werden: Die Schematherapie bearbeitet zentrale Themen bzw. Aufgabenstellungen psychodynamischer Therapien, insbesondere maladaptive Formen der Beziehungsgestaltung, wie sie typisch sind für Menschen, die wir in unseren Klassifikationssystemen als »persönlichkeitsgestört« bezeichnen. Sie nutzt dabei aber verhaltenstherapeutische Strategien, insbesondere zumindest zu Therapiebeginn ein sehr aktives bis direktives Vorgehen. Damit versucht sie, die »Tiefe« psychodynamischer Beziehungsgestaltung mit dem strukturierten Vorgehen verhaltenstherapeutischen Vorgehens zu verbinden. Sie möchte mit den Worten ihres Begründers Jeffrey Young wirklich integrativ sein. Das klingt zunächst nach der Quadratur des Kreises.

Dies scheinbar unmögliche Unterfangen wird durch eine besondere Durchdringung der drei zentralen Elemente möglich, die eine Schematherapie ausmachen: das theoretische Modell, die Beziehungsgestaltung und die erlebnisaktivierenden Techniken. Die erlebnisaktivierenden Techniken ermöglichen zunächst eine starke emotionale Aktivierung, die dann durch aktive Interventionen der Therapeuten in einen kontrollierten Verarbeitungsprozess geführt werden. Eine wesentliche Rolle spielt dabei der Ordnung schaffende Bezug zur Fallkonzeption auf Basis des Schema-Modus-Modells. Insbesondere das Modusmodell zeigt deutlich Bezüge zum psychodynamischen Strukturmodell bzw. zur Transaktionsanalyse, benutzt dabei aber eine therapieschulenneutrale, deskriptive Terminologie. Das Schemakonstrukt schlägt eine Brücke zur Bedeutung und Verarbeitung früherer Erfahrungen im Sinne einer verhaltenstherapeutischen Makroanalyse. Die zentralen Elemente des Modusmodells wiederum lassen sich auf eine horizontale Verhaltensanalyse (SORCK-Schema) beziehen. Zu Recht nehmen daher die Fallkonzeptionen und deren Erstellung in dem Buch eine zentrale Stellung ein. Dabei werden die zwei gebräuchlichsten Formen der Fallkonzeption gegenübergestellt, sodass die Leser selbst entscheiden können, welcher Ansatz in der jeweiligen Situation für die entsprechenden Patienten der erfolgversprechendere ist.

Das vorliegende Buch zeigt anhand der drei ausführlich dargestellten Patienten, aus dem Bereich der Impulskontrollstörungen, wie im Detail die Einbettung einer Schematherapie in eine Verhaltenstherapie aussehen kann. Das ist eine Aufgabe, die in den bisherigen Büchern zur Schematherapie kaum berücksichtigt, geschweige denn in der gebotenen Ausführlichkeit dargestellt wird. Die meisten schematherapeutisch fortgebildeten Kolleginnen und Kollegen sind im Bereich der Verhaltenstherapie

ausgebildet und erbringen in der Mehrzahl in diesem Richtlinienverfahren ihre Leistungen. Diesen Kollegen gibt dieses Buch sehr konkrete Anregungen, wie die Behandlungen konzipiert und gestaltet werden können. Die intensive Erfahrung des Autors und der Autorin mit diesen Störungen qualifiziert sie dazu, mit diesem Buch einen markanten Schritt in diese Richtung zu tun. Im Grunde steht eine entsprechend ausführliche Darstellung dieser Verbindung für die weiteren Störungen aus.

Aber auch die Schematherapie ist nicht statisch, sondern befindet sich in Entwicklung. Eine der wesentlichen Entwicklungen in der Schematherapie selbst ist die Assimilation von Impulsen, die gemeinhin als »3. Welle der Schematherapie« zusammengefasst werden. Diese Methoden zeichnen sich alle mehr oder weniger stark durch eine Einbeziehung von Achtsamkeit, Akzeptanz, Selbstmitgefühl und werte- und ergebnisorientierten Handlungen aus. Die theoretisch wohl am besten ausgearbeitete Methode ist dabei die Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT). Kurz gefasst kann man sagen, dass die sechs zentralen ACT-Prozesse sehr genau beschreiben, wodurch sich ein funktional und flexibel handelnder Erwachsenenmodus eigentlich auszeichnet. Viel präziser, als das in den meisten Schematherapiebüchern geschieht. Erfreulicherweise greifen die Autorin und der Autor diese Entwicklung auf und bereichern damit ihr Vorgehen noch einmal sehr integrativ.

Während das erste Buch des Autorengespans wegen der dargestellten Störungsbreite eher einen einführenden Charakter hatte, bietet das vorliegende Buch durch die Beschränkung auf drei verwandte Störungen deutlich mehr Tiefe und konkrete Anregungen für das praktische Vorgehen. Damit bietet es gerade den Praktikern einen hilfreichen Leitfaden, ihre Therapien sowohl Symptom bezogen, als auch Persönlichkeitsstruktur bezogen ausgewogen zu gestalten. In diesem Sinne wünsche ich dem Buch primär viele inspirierte therapeutische Leser und sekundär zufriedene Patienten.

Frankfurt im Mai 2017

Eckhard Roediger

Vorwort

Ist Schematherapie eigentlich noch Verhaltenstherapie oder wie »psychodynamisch« ist Schematherapie eigentlich? Dies ist eine häufig gestellte Frage, z.B. im Weiterbildungs- und Supervisionskontext. Sie wird dann gestellt, wenn die besondere therapeutische Beziehung innerhalb der Schematherapie, der Einbezug und die Veränderung der biografischen Erlebnisse im Rahmen von Imaginationsübung und die Fokussierung der emotionalen Grundbedürfnisse diskutiert werden. An diesen und anderen Punkten unterscheidet sich die Schematherapie von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungsplänen und Fallkonzeptionen wesentlich und der Einfluss anderer therapeutischer Schulen, Entwicklungstheorien, Interventionsmöglichkeiten wird deutlich. Eckhard Roediger (2016) beschreibt diese Einflüsse und ihre Integration im schematherapeutischen Modell detailliert. Aber wie verhaltenstherapeutisch ist dann die Schematherapie noch, wenn so viele andere Theorien, Methoden, Interventionen, Techniken einfließen?

Die Verortung der Schematherapie innerhalb des Verfahrens der Kognitiven Verhaltenstherapie in der deutschen Versorgungslandschaft, aber auch im internationalen Raum, ist nicht nur aus Sicht der Internationalen Gesellschaft für Schematherapie (ISST) und des Dachverbands der Verhaltenstherapie (DVT) in Deutschland richtig. Schematherapie ist originär Verhaltenstherapie, wie auch ihr Begründer, Dr. Jeffrey Young mit seinem Lernen und Lehren bei Wolpe und Beck originär ein kognitiver Verhaltenstherapeut ist. Jeffrey Yong entwickelte die Schematherapie aus der Erkenntnis der Grenzen der Kognitiven Verhaltenstherapie heraus. Dies ist vor allem bei der Behandlung von Menschen mit schwerwiegenden interaktionellen Problemen, wie z. B. bei Persönlichkeitsstörungen, der Fall. Hier brauche es »mehr« als die kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen, eine Sicht, die viele Praktiker intuitiv teilen. Und so kam die Schematherapie zunächst vor allem zum Einsatz, wenn kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen nicht ausreichend erschienen, um Patienten zu einer nachhaltigen Verbesserung ihrer (vordergründigen) Symptomatik zu verhelfen. Eine Frage, die sich nicht nur die Autoren dieses Buches aus der Praxis heraus stellten, ist nun, wie gut eine schematherapeutische Haltung und ein schematherapeutischer Behandlungsplan in die Verhaltenstherapie integriert werden können.

Häufige Fragen in diesem Zusammenhang sind: Beginnt man verhaltenstherapeutisch und wechselt dann zur Schematherapie? Ist man in einer Sitzung kognitiver Verhaltenstherapeut und behandelt die »Symtomebene« ziel- und änderungsorientiert und ist dann in der nächsten Sitzung Schematherapeut und behandelt die »tiefer« liegenden Probleme? Die Überlegungen der Autoren zur Beantwortung dieser Fragen in der eigenen Praxis, aber auch im Aus- und Weiterbildungskontext, führten zum Entschluss, mit diesem Buch am Beispiel von Impulskontrollstörungen, einer heterogenen Gruppe von Diagnosen und Symptomen, bei deren Behandlung die Kognitive

Verhaltenstherapie das Verfahren der ersten Wahl ist, aufzuzeigen, wie Schematherapie in einen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungsplan integriert werden kann. Aber auch umgekehrt, wie kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden innerhalb eines schematherapeutischen Gesamtbehandlungsplans dazu beitragen, dass die »Symptombene« nach den Leitlinien behandelt werden kann.

Überblick: Das Buch beginnt mit einer Einführung zur Schematherapie. Einerseits werden Grundlagen wiederholt, andererseits neue Entwicklungen (vgl. Roediger, 2016) in der Schematherapie dargestellt (Kap. 1).

Im zweiten Kapitel wird das Konzept der Impulskontrolle und die heterogene Gruppe der »Impulskontrollstörungen« näher betrachtet und eine Möglichkeit gezeigt, Impulskontrolle als Fähigkeit und Fertigkeit des Modus des gesunden Erwachsenen innerhalb der schematherapeutischen Moduslandkarte zu verorten. Die zahlreichen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Techniken und Methoden zur Verbesserung von Selbstregulations- und Impulskontrollstrategien werden im Überblick beschrieben.

Gleichzeitig bemühen sich die Autoren darum, deren Einsatz innerhalb der Schematherapie zu beschreiben, und bieten Möglichkeiten und Beispiele, diese Anwendungen (modifiziert) zu erweitern (Kap. 3). Die Verbesserung von Impulskontrolle bedeutet eine Stärkung des gesunden Erwachsenenmodus unter Anwendung konkreter Übungen innerhalb der Schematherapie.

Es liegt daher nahe, diesen Modus, dessen Stärkung Ziel aller schematherapeutischen Bemühungen ist, noch etwas mehr unter die Lupe zu nehmen und den Einfluss anderer therapeutischer »3. Welle«-Methoden, wie die Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) auf das schematherapeutische Arbeiten zur Stärkung dieses Modus zu beschreiben (Kap. 4).

Im fünften Kapitel wird die Anwendung von Schematherapie bei verschiedenen Störungsbildern, deren Gemeinsamkeit Schwierigkeiten im Bereich der Impulskontrolle darstellen, praxisnah veranschaulicht. Die einzelnen Abschnitte sind dabei unterteilt in einen kurzen theoretischen Teil zur jeweiligen Störung und einen längeren Praxisteil mit einem Fallbeispiel. Aufgrund der positiven Rückmeldungen zur Darstellung der Fallbeispiele im Buch »Störungsspezifische Schematherapie« (Reusch & Valente, 2015) werden auch hier zu jedem Fallbeispiel zwei Modusmodelle dargestellt. Therapeutische Interventionen werden beschrieben und in Therapiedialogen konkret dargestellt.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit nutzen wir für Personen- und Berufsbezeichnungen das generische Maskulinum, wobei wir uns selbstverständlich an beide Geschlechter richten. Ausnahmen machen wir bei konkreten Fallbeispielen.

Wir hoffen, dass wir mit diesem Buch einen Beitrag dazu leisten können, die Verortung der Schematherapie im Verfahren der Kognitiven Verhaltenstherapie zu erklären und das integrative Element der Schematherapie, das wir als Praktiker so schätzen, zu betonen. Wir möchten die vielfältigen Möglichkeiten, flexibel zwischen »klassisch« verhaltenstherapeutischen Techniken und schematherapeutischen Interventionen zu »wechseln«, zeigen und alle Leser dazu anregen, weitere Möglichkeiten für sich zu entdecken und zu entwickeln.

Unser Dank gilt zuallererst unseren Patienten, deren Vertrauen in uns und unsere Arbeit immer wieder ein Geschenk ist, das auch uns Entwicklungspotenzial bietet. Darüber hinaus danken wir unseren Kollegen innerhalb der deutschen Schematherapie-Landschaft für unseren regen Austausch, die gegenseitige Inspiration zur stetigen Weiterentwicklung unseres Arbeitens und nicht zuletzt für die Bindungen, die im Laufe der Jahre dadurch entstehen konnten. Unser besonderer Dank gilt in diesem Zusammenhang erneut unserem Mentor Dr. Eckhard Roediger, der diesen Wachstumsprozess seit Jahren auf allen Ebenen fördert, bereichert und begleitet.

Ludwigsburg und Heilbronn im Frühjahr 2017

Dr. Matias Valente
Dipl.-Psych. Yvonne Reusch

1 Grundlagen der Schematherapie: Ein Überblick

Es ist durchaus möglich (und sogar zu erwarten), dass Sie an dieser Stelle mit dem Gedanken spielen, dieses erste Kapitel zu überspringen. Mit hoher Wahrscheinlichkeit haben Sie in der Vergangenheit viel über die Grundlagen der Schematherapie gelesen, möglicherweise auch Workshops bei uns am Institut für Schematherapie in Stuttgart besucht. Wenn das der Fall ist, dann kennen Sie auch unsere Einstellung dazu: Wir nehmen uns am Anfang eines jeden Workshops grundsätzlich etwas Zeit, um die wesentlichen Konzepte im theoretischen »Unterbau« der Schematherapie zu wiederholen. Das gilt unabhängig davon, ob es sich um ein Seminar am Anfang der Schematherapie-Ausbildung oder eins für Fortgeschrittene handelt. Warum machen wir das? Zum einen, weil Wiederholung den Lernprozess fördert. Zum anderen, weil dadurch Querbezüge zu den theoretischen Grundkonzepten während des Workshops möglich sind, was das Erlernen neuer Inhalte häufig vereinfacht.

Gönnen Sie sich bitte die Zeit, um die folgenden Seiten zumindest zu überfliegen!

1.1 Was ist Schematherapie?

Die Schematherapie wurde in den 1990er Jahren von Dr. Jeffrey Young in den USA entwickelt, um Patienten mit »chronifizierten« Achse-I-Störungen wie Depression und Ängsten zu behandeln, bei denen die traditionelle Kognitive Verhaltenstherapie keine ausreichende Besserung erzielen konnte. Young und seinem Team war aufgefallen, dass die Schwierigkeiten bei der Behandlung solcher Patienten zum größten Teil auf komorbide »charakterologische Probleme« und Persönlichkeitsstörungen zurückzuführen waren (Young et al., 2005).

In ihrer modernen Form ist die Schematherapie ein integratives und empirisch gesichertes Modell zur effektiven Behandlung von Persönlichkeitsstörungen, welche die Kognitive Verhaltenstherapie mit psychodynamischen, gestalttherapeutischen und bindungstheoretischen Elementen verbindet. Die Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen stellt für kognitive Verhaltenstherapeuten eine besondere Herausforderung dar. Die Schematherapie bietet ein konsistentes und wirksames Modell für die Behandlung dieser »schwierigen« Patientengruppe und für den Umgang mit den wesentlichen Erschwernissen bei deren Behandlung.

1.2 Die Schematheorie

Die Theorie hinter der Schematherapie besteht im Grunde aus vier Grundkonzepten, mit welchen wir uns in der folgenden Zusammenfassung beschäftigen werden:

Emotionale Grundbedürfnisse, frühe maladaptive Schemata, Schemabewältigung und Schemamodi.

1.2.1 Emotionale Grundbedürfnisse

Eine wichtige Annahme der Schematherapie (und möglicherweise der Psychotherapie im Allgemeinen) besteht in der Postulierung universaler emotionaler Grundbedürfnisse. Dies schließt natürlich nicht aus, dass von Individuum zu Individuum Unterschiede in der Intensität oder sogar der Priorisierung festgestellt werden können. Jeffrey Young (2005) formulierte fünf Grundbedürfnisse:

- ▶ sichere Bindung zu anderen Menschen
- ▶ Autonomie, Kompetenz und Identitätsgefühl
- ▶ realistische Grenzen
- ▶ Freiheit, eigene Bedürfnisse und Emotionen auszudrücken
- ▶ Spontaneität und Spiel

Dieses Modell beschreibt v. a. die Phänomenologie kindlicher Bedürfnisse aus der Perspektive des Kindes. Auch die Reihenfolge ist nicht unwillkürlich und beschreibt insgesamt chronologische Zusammenhänge: Wenn sich ein Kind in der Beziehung zu seinen Eltern und insbesondere zu seiner Mutter sicher fühlt, dann entsteht sinnvollerweise der Drang nach der Erforschung der Umwelt und der eigenen Möglichkeiten und Grenzen, was zwangsläufig Gefahren mit sich bringt. Dabei ist das Kind auf die realistischen Grenzen seiner Erziehungsfiguren angewiesen. Wenn diese Grenzen liebevoll und angemessen gezeigt werden, dann ist durchaus zu erwarten, dass ein Kind sich auch gegen diese Begrenzung wehrt – etwa mit einem Wutanfall. An dieser Stelle tritt das vierte Bedürfnis ein. Es wird unter idealen Bedingungen befriedigt, wenn ein Elternteil zwar destruktives Verhalten während eines Wutanfalls begrenzt, das Kind aber in seiner Ganzheit als Person weiterhin annimmt und insbesondere nicht aufgrund seiner Emotionen bestraft. Das Bedürfnis nach Spontaneität und Spiel kann als ständiger Begleiter während dieses Prozesses verstanden werden.

Im deutschsprachigen Raum wird v. a. das Modell von Klaus Grawe (1998) verwendet. Dieses Modell beschreibt anders als Youngs Modell emotionale Grundbedürfnisse aus erwachsener Sicht, weswegen ein Bedürfnis nach realistischen Grenzen hier kein Korrelat findet. Grawe formulierte folgende vier Grundbedürfnisse:

- ▶ Bindung
- ▶ Kontrolle und Orientierung
- ▶ Selbsterwerterhöhung (bzw. Selbstwertschutz)
- ▶ Lust (bzw. Unlustvermeidung)

Diese zwei Systematiken lassen sich gut aufeinander beziehen. Das fehlende Bedürfnis nach realistischen Grenzen in Grawes Modell kann laut Eckhard Roediger (2016) als »Kontrolle und Orientierung nach innen« (d. h. im Sinne der Impulskontrolle) verstanden werden.

Relevanz emotionaler Grundbedürfnisse in der schematherapeutischen Behandlung. Um es anders zu formulieren: Wieso sollte man sich die Mühe machen, sich mit kindlichen Bedürfnissen oder mit emotionalen Grundbedürfnissen überhaupt zu beschäftigen, wenn man mit erwachsenen Patienten arbeitet?

Zum einen, weil dadurch ein *besseres Verständnis der Fallkonzeption* möglich ist: Eine sehr hilfreiche Frage, wenn man emotionale Erlebnisse eines Menschen in seiner Kindheit sowie deren Auswirkungen auf die weitere Entwicklung verstehen möchte und sich empathisch in seine Lage versetzen möchte, lautet »Was hätte dieser Mensch anstelle dessen eigentlich gebraucht?« – also die Frage nach emotionalen Bedürfnissen. Dabei lässt sich auch die Entstehung von Schemata und Modi viel besser verstehen. Ein Modell zur systematischen Erfassung dieser Bedürfnisse ist dabei in der Praxis sehr hilfreich.

Zum anderen, weil sich dadurch *aktuelle (problematische) Verhaltensweisen besser verstehen* lassen. Dies kann in der unmittelbaren Arbeit sehr hilfreich sein, z. B. wenn ein narzisstischer Patient seinen Therapeuten abwertet. Das Wissen, dass er sich beispielsweise gerade vor allem unzulänglich vorkommt, sich schämt und Angst hat, von seinem Therapeuten entwertet zu werden so wie früher von seinem Vater (Grundbedürfnis Selbstwertschutz), und deswegen überheblich-abwertend wird, kann helfen, besser damit umzugehen und es weniger persönlich zu nehmen.

1.2.2 Frühe maladaptive Schemata

Schemata im Sinne der Schematherapie können als **Erlebnismuster** verstanden werden. Die Schematheorie verfolgt primär das Ziel, die Psychopathologie von Persönlichkeitsstörungen zu erklären. Aus diesem Grunde findet sich in der Schematheorie keine Auflistung funktionaler, sondern nur maladaptiver Schemata. Jeffrey Young (2005) definiert ein frühes maladaptives Schema als ein »weit gestecktes und umfassendes Thema oder Muster, welches in der Kindheit oder Adoleszenz entsteht und sich im Laufe des weiteren Lebens verstärkt«. Dieses Muster ist »stark dysfunktional und besteht aus Erinnerungen, Emotionen, Kognitionen und Körperempfindungen, die sich auf den Betreffenden selbst und seine Kontakte zu anderen Menschen beziehen«. Die wesentliche Annahme in der Schematherapie besteht darin, dass Schemata das Ergebnis toxischer Beziehungserfahrungen sind, in denen emotionale Grundbedürfnisse nicht (ausreichend) befriedigt wurden. Dabei kann zwischen vier Arten von Lebenserfahrungen unterschieden werden, welche zu Frustration von Grundbedürfnissen führt:

- ▶ Fehlen positiver Erlebnisse (z. B. zu wenig Stabilität oder Zuwendung)
- ▶ Übermaß an bestimmten Erlebnissen (z. B. zu viel Nähe, Verstrickung, zu strenge Grenzen)
- ▶ Misshandlung oder Traumatisierung
- ▶ Identifikation mit wichtigen Personen und selektive Internalisierung von deren Emotionen/Ansichten/Haltungen

Übersicht

In der Schematherapie wird mit **18 Schemata** gearbeitet. Diese werden abhängig vom frustrierten Grundbedürfnis in **fünf Schemadomänen** zusammengefasst:

Domäne I: Abgetrenntheit und Ablehnung (sichere Bindung)

- (1) emotionale Entbehrung
- (2) Verlassenheit und Instabilität
- (3) Misstrauen/Missbrauch
- (4) Isolation
- (5) Unzulänglichkeit/Scham

Domäne II: Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung (Autonomie bzw. Kontrolle nach außen)

- (1) Erfolglosigkeit/Versagen
- (2) Abhängigkeit und Inkompetenz
- (3) Verletzbarkeit
- (4) Verstrickung/Unentwickeltes Selbst

Domäne III: Beeinträchtigung im Umgang mit Grenzen (realistische Grenzen bzw. Kontrolle nach innen)

- (1) Anspruchshaltung/Grandiosität
- (2) unzureichende Selbstkontrolle

Domäne IV: übertriebene Außenorientierung und Fremdbezogenheit (Freiheit, Emotionen und Bedürfnisse zu äußern bzw. Selbstwerterhöhung)

- (1) Unterordnung/Unterwerfung
- (2) Aufopferung
- (3) Streben nach Zustimmung

Domäne V: übertriebene Wachsamkeit und Gehemmtheit (Spontaneität und Spaß bzw. Lusterhöhung)

- (1) emotionale Gehemmtheit
- (2) überhöhte Standards
- (3) negatives Hervorheben/Pessimismus
- (4) Bestrafungsneigung

Auch wenn klassisch kognitive Formulierungen wie etwa »Ich werde immer ...« oder Wenn-dann-Sätze für die Definition und Kommunikation verschiedener Schemata unumgänglich sind, besteht der Fokus des Schemakonzeptes im emotionalen Erleben. So wird das Schema *Verlassenheit* beispielsweise in der Psychoedukation von Patienten (oder auch in der Ausbildung und in der Literatur) häufig mit Sätzen wie »Ich werde immer verlassen« oder »Ich kann mich auf niemanden verlassen« erklärt. Die Aktivierung dieses Schemas ist v. a. emotionaler/physiologischer Natur und kann im

lerntheoretischen Sinne in aller Regel auf eine sehr frühe und v. a. vorsprachliche Zeit im Leben eines Menschen zurückgeführt werden.

Beispiel

Eine Borderline-Patientin bekommt eine SMS ihres Partners mit dem Text »Schatz, ich komme heute etwas später nach Hause, ich muss im Büro etwas länger bleiben« und reagiert sehr ängstlich oder ärgerlich. Kognitive Formulierungen wie etwa »Er hat bestimmt eine andere und wird mich verlassen« sind zwar zu erwarten, sind der emotionalen Reaktion jedoch untergeordnet. Viel mehr kann angenommen werden, dass die Patientin »emotional« (d. h. in den meisten Fällen unbewusst) an frühe Erlebnisse erinnert wird, wie etwa an die Zeit, in der ihr Vater sie und die Familie verließ.

Schemata können auch in »unkonditional« und »konditional« unterteilt werden (Roediger, 2016). Insbesondere die Schemata der ersten und zweiten Domäne stehen in Verbindung mit primären Reaktionen auf frühe zwischenmenschliche Beziehungen und sind deswegen »unkonditional«. Dahingegen stellen Schemata der vierten und fünften Domäne eine sekundäre Reaktion auf die unkonditionalen Schemata der ersten zwei Domänen und sind deswegen »konditional«. Die Schemata der dritten Domäne können sowohl konditional als auch unkonditional sein.

Relevanz früher maladaptiver Schemata in der schematherapeutischen Behandlung. Das ist eine Frage, die von vielen Seminarteilnehmern berechtigterweise gestellt wird: Wieso beschäftigen wir uns mit Schemata und dem Schemamodell, wenn in der Praxis vor allem mit Modi gearbeitet wird? In der Tat wird heutzutage in der Schematherapie primär mit Modi gearbeitet.

Zum einen ist die alleinige Arbeit mit dem Schemamodell in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen erfahrungsgemäß nicht immer zielführend. Zum anderen wurde bei allen Studien (s. u.) zur Wirksamkeit der Schematherapie (wenn auch nicht ausschließlich, dann doch vordergründig) mit dem Modusmodell gearbeitet.

Das Verständnis des Schemakonzeptes und insbesondere das Wissen über die wesentlichen Schemata eines Patienten mittels Fragebogendiagnostik ermöglichen dem Therapeuten jedoch ein tieferes Verständnis seines Modusmodells und stellen gewissermaßen das Fundament für die Modusarbeit dar. Zwei Patienten können beispielsweise im Schema-Modus Inventar (SMI) hohe Werte beim Modus des verletzbaren Kindes erreicht haben. Bei Betrachtung der Ergebnisse der Schemafragebogen stellt man fest, dass der erste Patient hohe Werte in den Schemata Verlassenheit, Unzulänglichkeit, Erfolglosigkeit und Verletzbarkeit erzielt, während die zweite Patientin hohe Werte in den Schemata Emotionale Entbehrung, Verlassenheit, Misstrauen/Missbrauch, Unzulänglichkeit, Isolation und Verstrickung aufweist. Die »emotionale Qualität« des Modus des verletzbaren Kindes unterscheidet sich in diesen Fällen in der Tat sehr, was sich auf die sehr unterschiedlichen biografischen Entstehungskontexte zurückführen lässt und in den unterschiedlichen »dahinterliegenden