

Bevor wir beginnen ...

Wenn Sie diese Zeilen lesen, dann haben Sie möglicherweise dieses Buch bereits erworben – wofür ich mich zunächst einmal von Herzen bedanken möchte! Oder vielleicht schauen Sie gerade rein, um herauszufinden, ob sich der Kauf lohnt. Dann hoffe ich, die Leseprobe gefällt Ihnen! In den nächsten Seiten möchte ich Ihnen zunächst etwas über meinen persönlichen Hintergrund, meine Erfahrungen mit Schematherapie und den Aufbau dieses Buches erzählen.

Der Kampf der Titanen

Die Rivalität zwischen verschiedenen Methoden und »Schulen« hat eine sehr lange Tradition in der Geschichte der Psychotherapie. Bereits in den 1910er Jahren zeigte sich die Rivalität zwischen US-amerikanischen behavioristischen Forschern, insbesondere J. Watson, und den europäischen tiefenpsychologischen und analytischen Therapien. Während wir uns in der Bundesrepublik Deutschland bei der Wahl des Verfahrens vor Beginn der Psychotherapie-Weiterbildung »nur« zwischen Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch-fundierter Psychotherapie und analytischer Psychotherapie sowie (seit 2020) Systemischer Psychotherapie entscheiden müssen, werden bspw. in Österreich oder in der Schweiz 23 Methoden im Rahmen der GKV-Leistungen anerkannt. Und auch wenn die altbekannte, fast dogmatische und rigide »Rivalität« zwischen Vertretern verschiedener Therapiemethoden in den letzten Jahren und v.a. innerhalb der jüngeren Generationen von Psychotherapeuten¹ mehr und mehr überwunden werden konnte, begegnet uns im Alltag – spätestens im Rahmen von Tagungen und Kongressen – immer wieder diese alte »Feindseligkeit« zwischen den unterschiedlichen Verfahren.

Lassen Sie mich kurz etwas »Selbstöffnung« üben – übrigens eine Technik, die Sie in diesem Buch später finden werden: Ich habe sehr wohl solche Kämpfe und dogmatischen Diskussionen geführt. Und das Lustige dabei? Nicht immer spielte ich bei solchen Kämpfen für die gleiche Mannschaft! Zu Beginn meines Werdeganges und insbesondere im Rahmen meines Psychologiestudiums in Buenos Aires dominierten

1 Zugunsten einer lesefreundlichen Darstellung wird in der Regel die neutrale bzw. männliche Form verwendet. Diese gilt für alle Geschlechtsformen (weiblich, männlich, divers).

die Psychoanalyse und verschiedene tiefenpsychologische Entwicklungen mein psychotherapeutisches Verständnis. Und ich war immer gerne an der Diskussionsfront, um Abstand zu nehmen von den »oberflächlichen, mechanistischen, extrem reduktionistischen Verhaltenstherapeuten«. Ich ließ mich vielleicht auf Gespräche mit Systemikern ein, aber auch das war nicht immer leicht, denn dabei musste ich immer wieder gewisse »Schuldgefühle« in mir spüren, als würde ich »fremdgehen« und meine Ideale missachten. Etwas später im Leben kam die große Wendung: Ich begann die Weiterbildung zum Psychotherapeuten und stellte auf einmal fest, dass man diese Kämpfe auch mit einem anderen »Trikot« führen kann. Kämpfen ist sicherlich schön und unterhaltsam, aber auf Dauer auch ermüdend.

Bereits in den 1990er Jahren beschäftigte sich Klaus Grawe (Grawe et al 1994) mit der Notwendigkeit einer »Allgemeinen Psychotherapie« und der Überwindung dogmatischen Denkens zugunsten einer evidenzbasierten Indikation und Anwendung psychotherapeutischer Verfahren, Methoden und Techniken. Was ist der gemeinsame Nenner an der Arbeit eines Psychoanalytikers und eines Verhaltenstherapeuten? Die Patienten! Es handelt sich um menschliche Wesen, und sowohl der »psychische Apparat« von Sigmund Freud als auch die »lernende Blackbox« von John Watson sind nichts anders als verschiedene Betrachtungsweisen derselben menschlichen Phänomene. Und wenn dies der Fall ist, dann können wir zumindest versuchen, ein theoretisches Verständnis menschlicher Verhaltenssteuerung und seelischen Leidens zu entwickeln, auf das wir empirisch belegte Techniken und Methoden theoretisch zurückführen können. Je besser wir in der Lage sind, neurobiologische Prinzipien hinter kognitiven Funktionen, Emotionsgenerations- und regulationsprozessen sowie der Entstehung und Steuerung motorischer Reaktionen zu verstehen, desto leichter dürfte uns diese Aufgaben gelingen.

Das SORK-Schema als Rückkoppelungsmodell der Verhaltenssteuerung

An dieser Stelle vielleicht eine kleine Anmerkung vorab: Ich versuche hiermit nicht, die gesamte Geschichte der Psychotherapie mit zwei schönen Grafiken und einer kleinen Anleitung zu erklären! Als Praktiker brauchen wir aber ein Instrument oder Modell als orientierende Hilfe, mit dem wir verschiedene Einflüsse/Techniken miteinander kompatibel machen und sinnvoll anwenden. In meiner persönlichen Erfahrung bieten sich die SORK-Kategorien sehr gut dafür an.

Wenn Sie verhaltenstherapeutisch ausgebildet sind, dann dürfte Ihnen das SORK-Modell bestens bekannt sein. In den allermeisten Abbildungen wird das SORK-Schema für die Mikroanalyse eines Problemverhaltens in linearer Form dargestellt, was sich im Bericht an den Gutachter bei einem Psychotherapieantrag in aller Regel wiederfindet. Schauen wir uns das Beispiel einer typischen SORK-Analyse zum Verständnis agoraphobischer Vermeidung an: *Unser Patient hat sich vorgenommen, heute*

alleine zum Supermarkt zu gehen und steht vor der Wohnungstür (S), vor dem Hintergrund ängstlicher Persönlichkeitszüge und einer erhöhten Fokussierung auf körperlicher Veränderungen (O) denkt er »Ich schaffe es nicht, es wird etwas Schlimmes passieren ... mir ist es zuviel« (R-kog), er nimmt dabei Herzrasen und starke Unruhe wahr (R-phys) und fühlt Angst bis Panik (R-emot), sodass er sich umdreht und wieder im Wohnzimmer hinsetzt (R-mot), wobei er eine schnelle Reduktion von Unruhe, Herzrasen und Angst erlebt (K-kf: ⚡-), sein negatives Selbstbild, seine dysfunktionalen Überzeugungen und sein Vermeidungsverhalten werden aber langfristig gefestigt (C-). Diese lineare Darstellung $S \rightarrow O \rightarrow R \rightarrow K$ suggeriert ein sehr mechanistisch-reduktionistisches Verständnis von Verhaltenssteuerung.

Unser Nervensystem ist jedoch nicht als lineare Maschine, sondern als hoch anpassungsfähiges System mit ständigen Rückkoppelungsschleifen konzipiert, welches eine möglichst effektive Interaktion mit der Umwelt ermöglichen soll.

Wie würde dann eine Mikroanalyse aussehen, wenn wir das SORK-Schema nicht als Kette, sondern als ständigen Kreis darstellen würden? *Der Patient steht vor der Tür (S), die für ihn bereits ein Hinweisstimulus für aversive Erlebnisse geworden ist (O), sodass sein Körper sofort mit leichter Unruhe reagiert (R-phys), woraufhin er denkt »Ich gehe nur einkaufen, was kann da schon passieren?« (R-kog) und kurz durchatmet (R-mot), was seine Unruhe für einen sehr kurzen Augenblick bremst (K-Kf), sodass er erneut die Tür anschaut (K-Lf und neuer S). Er nimmt immer noch eine leichte Unruhe wahr (R-phys), er denkt an den letzten Versuch vor einem Tag, der nicht gut endete (R-kog) und spürt leichte Angst (R-emot), woraufhin er sich selbst sagt »Ich muss das heute schaffen« (R-kog) und einen Schritt in Richtung Tür macht (R-mot), woraufhin er die Tür näherkommen sieht (K und neuer S), wobei er etwas mehr Angst und Unruhe wahrnimmt (K der Handlung und zugleich R-phys und emot)... Ich könnte vermutlich noch fünf Seiten schreiben, bis wir zu seiner Entscheidung kommen, heute nicht einkaufen zu gehen. Anschließend könnten wir aber gleich die nächste Mikroanalyse beginnen, denn nach seiner Entscheidung werden erst recht seine massiven Selbstvorwürfe und seine reaktive Depressivität bemerkbar.*

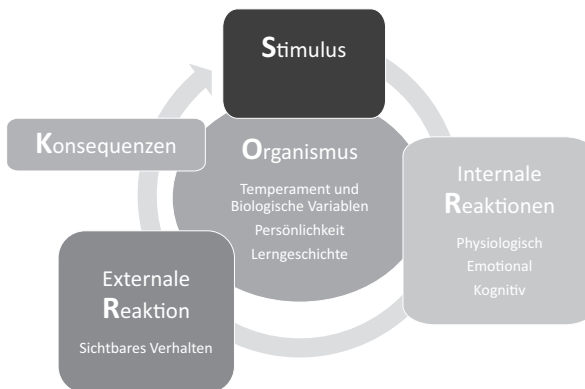


Abb. 0.1: Das SORK-Modell

Das klingt zunächst sehr kompliziert. Man könnte es sogar sicherlich noch komplizierter machen, denn diese Rückkoppelungskreise sind sehr schnell und ergeben häufig eine Art Spirale (► Abb. 0.1), die am Beispiel der Agoraphobie manchmal zur Vermeidung, manchmal zum Verlassen des Hauses führt, jedoch während des Prozesses immer wieder fluktuiert. Es ist in der Tat für die Psychoedukation des Patienten völlig ausreichend, eine deutlich einfachere und lineare Darstellung seiner Symptomatik zu verwenden. Beim »geleiteten Entdecken« oder auch beim Hyperventilationstest leiten wir jedoch in aller Regel unsere Patienten vielmehr im Sinne der Feedbackschleife an und befragen sie zu ihren unmittelbaren Beobachtungen, denn während der praktischen Arbeit – anders als beim Verfassen eines Therapieantrags – wird uns bewusst, dass die lineare Darstellung der Mikroanalyse der Realität einfach nicht gerecht wird.

Das SORK-Modell ist zugegebenermaßen ein traditioneller verhaltenstherapeutischer Ansatz, sodass analytisch oder tiefenpsychologisch arbeitende genauso wie systemisch sozialisierte Kollegen zunächst etwas irritiert schauen dürften, wenn ich die SORK-Kategorien im Sinne eines Instruments zum allgemeinen psychotherapeutischen Verständnis verwende. Und das ist verständlich! Ich bitte Sie – wenn dies der Fall ist – dem Ganzen noch eine Chance zu geben. Das SORK-Modell als Darstellung ständiger Feedbackschleifen setzt keine besonderen Schwerpunkte, es wertet nicht das sichtbare Verhalten höher als die emotionalen oder die kognitiven Reaktionen. Die Wertung erfolgt innerhalb der einzelnen Theorien: Kognitive Therapeuten legen den Schwerpunkt auf kognitive Prozesse und deren Einfluss auf emotionale Reaktionen und das sichtbare Verhalten, klassische Verhaltenstherapeuten auf das sichtbare Verhalten, tiefenpsychologisch-analytische Kollegen auf die emotionalen Reaktionsanteile, Systemiker auf die Interaktionsmuster, welche in Beziehungen, Familien und Gruppen entstehen. Die Organismus-Variable spielt eine wesentliche Rolle, wenn wir die Rolle biologischer Prädispositionen und Lernerfahrungen konzeptualisieren möchten. Dort können wir unbewusste Prozesse, Triebe und Instinkte sowie assoziative Reizbeziehungen, dysfunktionale Grundannahmen oder auch regelgesteuert gelernte Bezugsrahmen einordnen. Und natürlich auch Schemata im Sinne der Schematherapie.

Interpersonelle Rückkoppelungskreise: »SORK im Kontext«

Wie weit kommen wir aber mit den SORK-Kategorien, wenn wir bspw. das Verhalten eines Menschen verstehen möchten, der anderen gegenüber sehr arrogant-entwertend oder sehr unterwürfig auftritt? Wie können wir versuchen, paar-, gruppen- und familientherapeutische Prozesse zu konzeptualisieren? Oder auch die Interaktion zwischen uns als Therapeuten und unseren Patienten? Das wird deutlich

schwieriger, denn ein Interaktionspartner ist kein statischer Gegenstand, wie die Wohnungstür im vorherigen Beispiel!

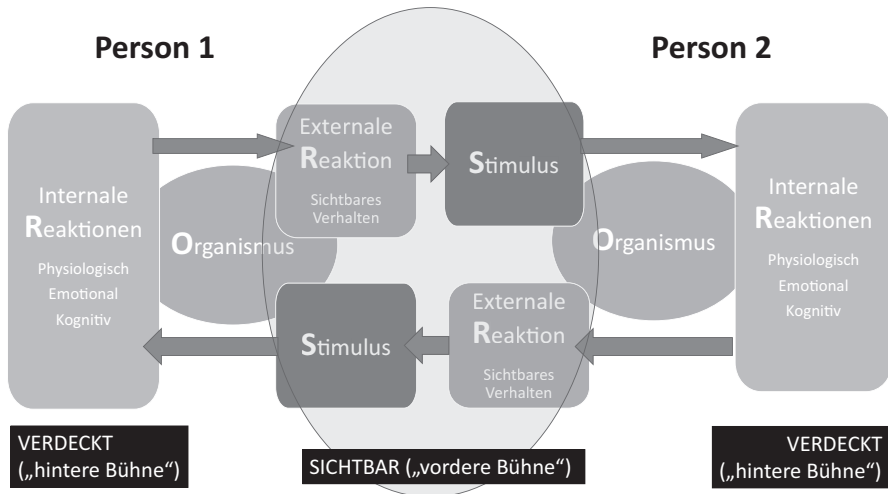


Abb. 0.2: Das interpersonelle SORK-Modell

Sehen Sie sich Abb. 0.2 an (► Abb. 0.2): Aus dem Kreis im Sinne einer ständigen Schleife wird im Prinzip eine »8« mit zwei Kreisen, welche in einem ständigen Fluss miteinander interagieren! Hier entfällt aus praktischen Gründen das Kästchen »Konsequenz«, denn die wesentliche Konsequenz des eigenen Verhaltens ist die Reaktion des Gegenübers. Selbstverständlich ist die Lernerfahrung im Sinne einer Feedbackschleife in die »O-Variable« auch relevant, aber nicht das Zentrale, wenn wir eine interpersonelle Perspektive einnehmen.

Wieso ist die interpersonelle Perspektive so wichtig? Persönlichkeitsstörungen (PS) sind primär Interaktionsstörungen (Fiedler 1995). Und genau das macht die Behandlung von PS zu einer Herausforderung: man kann mit dieser Patientengruppe nicht arbeiten, ohne selbst in irgendeiner Form persönlich und emotional involviert zu sein. Man kann natürlich einen Schritt weiter gehen und ohne diagnosebezogene Einschränkung sagen, dass man insgesamt keine Psychotherapie machen kann, ohne persönlich und emotional involviert zu sein, denn unser »Therapeuten-Dasein« und unser »Mensch-Dasein« sind nur begrenzt trennbar. Während der Arbeit mit Patienten mit PS wird das besonders deutlich, denn als Psychotherapeuten werden wir im Laufe der Behandlung zu einer wichtigen Bezugsperson für unsere Patienten und nehmen dadurch ganz anders an seiner Symptomatik teil als im Falle einer Angststörung oder Depression.

Warum Schematherapie?

Was macht Schematherapie besonders? Die Schematherapie ist an sich ja keine wirklich neue Therapieform, sondern ein integratives, fast eklektisches Behandlungskonzept, welches explizit für die komplexe Arbeit mit Patienten mit PS konzipiert wurde. Vielleicht ist das das »Besondere«: ein sehr breites Spektrum an erlebnisorientierten Techniken, kognitiven Interventionen sowie Strategien zur Verhaltensmodifikation wird unter dem Mantel eines nicht nur neurobiologisch und lerntheoretisch fundierten, sondern auch für Patienten sehr gut verständlichen Erklärungsmodells kombiniert und zielgerichtet angewendet.

Die Punktprävalenz von Persönlichkeitsstörungen unter psychiatrischen-psychotherapeutischen Patientenpopulationen scheint mit 40–60 % sehr hoch zu sein (Oldham et al. 1992; Herpertz et al. 1994; Kröger et al. 2010).

In anderen Worten: Jedem psychotherapeutisch tätigen Menschen begegnet täglich die Herausforderung, mit Patienten mit Persönlichkeitsstörungen zu arbeiten – sogar, wenn diese Diagnose nicht gestellt wurde.

Wie häufig kommen wir an unsere Grenzen z. B. bei der Anwendung von standardisierten Verfahren zur Behandlung von Achse-I-Störungen, wie etwa Konfrontationstechniken bei Angst- oder Zwangsstörungen, der Besprechung von Selbstbeobachtungsprotokollen und der stufenweisen Veränderung von Ernährungsgewohnheiten bei Essstörungen oder auch dem stufenweisen Aktivitätsaufbau bei Depressionen? Die Komorbidität mit PS ist bei all den o. g. Störungsbildern nicht gering, und das könnte eine mögliche Erklärung für den Auftritt von »Widerstand« während der Behandlung oder für negative therapeutische Reaktionen liefern. Und wenn wir noch einmal die hohe Prävalenz unter klinischen Populationen betrachten, dann sind wir als Psychotherapeuten im Grunde genommen darauf angewiesen, einen Pool an effektiven Techniken und einen konzeptuellen Rahmen für die Arbeit mit interaktionellen Problemen und PS zu haben.

Wenn Sie dieses Buch in der Hand halten und mit dem Lesen schon so weit gekommen sind, dann muss ich vermutlich nicht mehr versuchen, Sie von der Wirksamkeit und der klinischen Relevanz der Schematherapie (ST) zu überzeugen. Deswegen erspare ich uns jetzt die Aufzählung von Wirksamkeitsbelegen und Studienergebnissen und möchte mit Ihnen stattdessen meine persönlichen Gründe teilen, nach inzwischen fast 15 Jahren Schematherapieerfahrung weiterhin von ihr so begeistert zu sein:

- ST bietet uns ein sehr *konkretes Instrumentarium* für den Umgang mit den größten Herausforderungen in der Arbeit mit PS: Beziehungsaufbau und Umgang mit Konflikten in der Therapie, Stabilität der Therapiemotivation, Zielklärung, Arbeit mit emotionalen und kognitiven Mustern und Verhaltensmodifikation.

- ST ist auch ein *Instrument zur systematischen Selbsterfahrung*, denn mit dem Modusmodell lässt sich nicht nur das Verhalten eines persönlichkeitsgestörten Patienten erklären. Einerseits können wir bei der Bearbeitung interaktioneller Probleme zwischen uns und unseren Patienten »die gleiche Sprache« und die gleichen Techniken anwenden, um seine und unsere emotionalen, kognitiven und motorischen Reaktionen zu erklären sowie um den Konflikt zwischen uns zu begreifen. Andererseits bietet es sich natürlich an, auch im Kontext reiner Selbsterfahrung mit dem Modell zu arbeiten und diese Prinzipien auf uns und unsere eigenen Probleme anzuwenden.
- ST ist aufgrund ihrer transdiagnostischen, neurobiologischen und verhaltensanalytischen Fundamente hoch kompatibel mit zahlreichen anderen, nicht nur verhaltens-, sondern im Allgemeinen psychotherapeutischen Techniken und modernen Methoden.
- ST macht Spaß! Die Arbeit mit erlebnisorientierten Techniken wie z. B. Übungen mit mehreren Stühlen stellt eine hervorragende Möglichkeit dar, in verhältnismäßig wenig Zeit einem Menschen zu helfen, eigene Muster besser zu verstehen sowie mit unserer Hilfe aktiv zu intervenieren, um neue Möglichkeiten des Umgangs mit eigenen Gefühlen, Gedanken und Handlungstendenzen auszuprobieren. Nicht nur ermöglichen solche Übungen sehr gezielt emotionale Aktivierung, Distanzierung und schaffen Raum für neue Interventionen, sie sind auch sehr lebendig und häufig »spielerisch-erfrischend«, was Patienten und Therapeuten motiviert. Auch das ist eine wichtige persönliche Antwort auf die Frage »Wieso Schematherapie?«: Weil sie Spaß macht! Und ganz nebenbei gesagt: Kinder lernen viel besser und effektiver, wenn sie in einer spielerischen Atmosphäre Spaß haben – wieso soll es bei uns Erwachsenen anders sein?

Der Aufbau dieses Buches und die praktische Anwendung

Dies Buch wurde als praktischer Leitfaden für die psychotherapeutische Praxis konzipiert, »von der Diagnostik und Probatorik bis zur Rückfallprophylaxe«.

Teil I beschäftigt sich in Kompaktform mit den wesentlichen theoretischen Grundlagen. Neben den drei »Säulen« der Schematheorie (Emotionale Grundbedürfnisse, Schemata und Schema-Modi) finden Sie dort die Grundlagen der interpersonellen und kontextuellen Perspektive in der Schematherapie.

Im Teil II finden Sie technische Grundlagen mit einem Überblick aller wichtigen Techniken sowie allgemeine praktische Empfehlungen.

Teil III zeigt Ihnen mit sehr vielen Übungsanleitungen die konkrete Umsetzung vom Erstgespräch bis zur Rückfallprophylaxe.

Sie können das Buch natürlich in der chronologischen Reihenfolge durchlesen. Sie können aber auch gezielt nach bestimmten Techniken im Umgang mit spezifischen Situationen suchen und es als »Nachschlagewerk« verwenden.

Teil I: Theoretische Grundlagen

