



VERHALTENSTHERAPIE UND SCHEMATHERAPIE

SORKC-Modell und Schema-Modus-Modell

Ingrid Dick

Ich möchte mit diesem Text die Gemeinsamkeiten der Verhaltenstherapie und Schematherapie bezüglich des SORKC-Modells und Schema-Modus-Modells beschreiben und die Möglichkeiten aufzeigen, die sich daraus in der therapeutischen Arbeit mit unseren Patienten* ergeben.

With the following text I want to connect the behavior therapy with its S-O-R-K-C model and schema therapy with its schema-modes-model. This results in many possibilities for therapeutic interventions with our patients.

Schlüsselwörter: Verhaltenstherapie, Schematherapie, SORKC-Modell, Schema-Modus-Modell

Die Verhaltenstherapie hat sich in den letzten Jahren stark weiterentwickelt. Moderne verhaltenstherapeutische Ansätze werden unter dem Schlagwort „Dritte Welle“ zusammengefasst (Parfy, 2016, S. 125). Die Schematherapie als ein Teil der 3. Welle in der Verhaltenstherapie erfreut sich dabei immer mehr an Beliebtheit. Je mehr Schulen oder Weiterentwicklungen es gibt, desto mehr erlebe ich in meinem Berufsalltag und im Austausch mit Kollegen einen „Schulenstreit“. Wer hat recht, welche Therapieschule ist die bessere und welche Modelle, Weiterentwicklungen und Konzepte sind denn nun die besten. Ist es besser mit unseren Patienten eine kognitive Umstrukturierung zu machen, nehme ich aus der ACT (Acceptance and Commitment Therapy – ebenfalls ein Teil der 3. Welle) eine Übung der kognitiven Defusion oder aus der Schematherapie einen Stuhldialog oder eine Imaginationsübung zur Entmachtung der Inneren Kritikerstimmen?

Wenn Sie eine Selbsterfahrungsübung dazu machen wollen, dann setzen Sie sich mit Personen unterschiedlicher Fachrichtungen (es reicht aber auch ein Raum voller Verhaltenstherapeuten) zusammen und stellen Sie die Frage „Wie würden Sie bei einem depressiven Patienten dysfunktionale Kognitionen bearbeiten?“, oder Sie trauen sich und stellen die Frage „Wie viele Grundemotionen gibt es eigentlich?“. Und schon werden Sie eine heiße Diskussion erleben. Angefangen von der Verwendung der richtigen Termini – sprechen wir nun von Gefühlen oder Emotionen – bis hin zu den verschiedensten Emotionsmodellen und Herangehensweisen. Und am Ende werden Sie hoffentlich friedlich beisammensitzen und übereinkommen, dass es mehrere



Wege gibt, und letztendlich geht es uns allen um das Selbe – wir wollen unseren Patienten weiterhelfen und sie erfolgreich behandeln, ohne selbst in ein Burnout zu kommen.

THERAPIEPLANUNG UND FALLKONZEPTION

Als Verhaltenstherapeutin und Schematherapeutin werde ich manchmal gefragt, mit welcher Methode ich in der Praxis öfter arbeite. Die Antwort ist immer: mit beiden Methoden. Wobei die Schematherapie keine neue Therapiemethode, sondern ein integratives Behandlungskonzept, welches zunächst für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen entwickelt wurde, darstellt. Es zeigt sich jedoch, dass sehr viel mehr Personen und auch wir Therapeuten von der Schematherapie profitieren, da wir schließlich mit unseren Patienten in einem Interaktionsprozess sind und auch ein Patient ohne Persönlichkeitsstörung in uns Gedanken, Gefühle und Handlungsimpulse auslösen kann.

Jede/r unserer Patienten ist individuell – genauso individuell sollte die nach der Diagnostik erarbeitete Problem- und Verhaltensanalyse und/oder das Schema-Modus-Modell darstellen, woraufhin dann die Therapieplanung und/oder Fallkonzeption stattfindet. Wir wollen unseren Patienten viel Klarheit bieten – die brauchen auch wir Therapeuten in unserem Denken und in unserer Sprache. Wenn wir uns in der Therapie für eine Intervention entscheiden, dann sollte dahinter ein Plan mit einem Ziel stecken.

BEGINNEN WIR MIT DER VERHALTENSTHERAPIE

Die Verhaltensanalyse ist ein Kernelement der kognitiven Verhaltenstherapie. Das SORKC-Modell ist eine lineare Gleichung auf Grundlage eines lerntheoretischen Modells. Die horizontale Verhaltensanalyse mit ihrem Schwerpunkt auf der Bedingungsanalyse geht davon aus, dass ein interner oder externer Stimulus (S) durch unsere Organismusvariablen (O) eine Reaktion (R) und eine Konsequenz (C) hervorrufen. In der klinischen Praxis ist man dazu übergegangen, neben den kurzfristigen auch die langfristigen Konsequenzen des Problemverhaltens zu analysieren. Zusätzlich wird davon ausgegangen, dass die Kontingenz (K) als Verstärkerplan, mit der die Konsequenzen auf das Verhalten folgen, für die Ausbildung und Aufrechterhaltung von Verhalten eine Rolle spielt. Innerhalb der klinischen Praxis wird der K-Variablen eine eher untergeordnete Bedeutung zugeschrieben (Bockwyt, 2020, S. 3).

Nennen wir gleich ein Beispiel. Ein Zwangspatient (Kontrollzwang) möchte zu mir in die Therapiestunde fahren und ist auf dem Weg zu seinem Auto (S). Aufgrund seiner Persönlichkeitsanteile und einer erhöhten Fokussierung auf seine physiologischen Veränderungen durch die Erinnerung an die letzte Autofahrt (O) denkt er sich „Habe ich den Herd abgedreht“, „Das Haus kann abbrennen“, „Ich bin schuld, wenn sich dabei jemand verletzt und getötet wird, und



komme ins Gefängnis“, „Meine Familie wird sich dann von mir abwenden“ (R Kognition). Er bekommt Herzrasen, Schweißausbrüche, und die Atmung verändert sich (R Physiologie). Der Patient bekommt starke Angst, bis hin zur Panik (R Emotion), verlässt die Situation und geht wieder nach Hause, um den Herd zu kontrollieren – und ist froh, dass es in Corona-Zeiten die Möglichkeit der Online-Therapie gibt (C-/). Das negative Selbstbild und die dysfunktionalen Grundüberzeugungen („Ich schaffe es nicht einmal, das Haus zu verlassen“) sowie das Zwangsverhalten werden leider langfristig gefestigt (C-).

So die klassische horizontale Verhaltensanalyse mit dem Schwerpunkt auf eine auslösende Situation und den daraus resultierenden Reaktionen und Konsequenzen. Dieser deskriptive Teil der Verhaltensanalyse (die Symptomatik als Reaktionsebene) ist noch relativ überschaubar. Kommen bei unseren Patienten jedoch vielleicht auch noch andere Achse-I-Anteile oder Persönlichkeitsanteile hinzu, reicht uns die klassische Verhaltensanalyse nicht mehr ganz aus. Es braucht mehrere Verhaltensanalysen bzw. eine Plananalyse. Wir können bei multiplen Problemen zur Klärung der Gesamtsituation auf der Makroebene weiterarbeiten. Einzelne Probleme werden getrennt erhoben und dann hinsichtlich ihres funktionalen Zusammenhangs gesondert betrachtet (Valente, 2021). Die Wichtigkeit der interpersonellen Perspektive beschreibt Fiedler (Fiedler, 2003). Persönlichkeitsstörungen sind Interaktionsstörungen, und wir als Psychotherapeuten sind auch immer in dem Integrationsprozess emotional beteiligt. Wir brauchen also ein interpersonelles SORKC-Modell mit Einbezug eines Interaktionspartners. Wird dies früh genug mit unseren Patienten entwickelt, erleichtert uns das das „in Beziehung gehen“ mit den Patienten. Wir können Verhaltensweisen (Widerstand, Abwertung etc.) besser verstehen und darauf reagieren (sofern wir nicht selbst in einer Schemaaktivierung sind). Gerade auch in Paargesprächen sind Integrationsprozesse von großer Wichtigkeit, um neben dem Problem der Paare die dahinter liegende Dynamik zu verstehen.

INTEGRIEREN WIR NUN DIE SCHEMATHERAPIE

Patienten kennen oftmals deren dysfunktionale Verhaltensmuster genau, kommen jedoch trotzdem aus ihren „Lebensfallen“, wie sie Roediger (2011) beschreibt, nicht heraus. Warum ist das so? Dazu können Kippbilder eine gute Erklärung bieten.

Bei Kippbildern sieht man zunächst ein Bild vorherrschend. „Man sieht, was man kennt und tut, was man bereits gut kann“ (Roediger, 2009, S. 19). So wie in Kippbildern haben viele von uns eine Präferenz, obwohl wir wissen, dass es noch ein anderes Bild geben muss. Das andere Bild zu sehen, benötigt die Überwindung eines Widerstandes. Entsprechend fällt es schwer, gewohnte Verhaltensweisen aufzugeben und sich auf Neues einzulassen. Wir kippen immer in die „alten Lebensfallen“. Das erleben wir, wenn wir mit Patienten Rollenspiele zum „Nein-Sagen“ einüben und ihnen die Hausübung aufgeben, einmal „nein“ zu sagen. Die Theorie ist klar, doch in der Situation ist die Überwindung des Widerstandes dann doch noch zu groß.



Wir Verhaltenstherapeuten haben in der vertikalen Achse mit der Erarbeitung der Plananalyse, in der der Organismusvariablen eine größere Bedeutung zukommt, eine gute Möglichkeit, solche komplexen Prozesse zu beschreiben und zu erklären. Die O-Variable ist die vermittelnde Bedingung zwischen der vorausgehenden Situation und dem Problemverhalten. Sie dient als Schnittstelle zwischen der horizontalen und vertikalen Verhaltensanalyse. Nach Grawe (2000) ist die Grundannahme der Plananalyse, dass der Mensch nach Befriedigung und Schutz seiner Grundbedürfnisse strebt. Die Grundbedürfnisse nach Grawe sind Bindung, Kontrolle und Selbstbestimmung, Selbstwert und Lustgewinn und Unlustvermeidung. Die Plananalyse lässt sich Bottom-up oder Top-down darstellen. Von den übergeordneten Bedürfnissen über die Pläne zum Verhalten in der Situation oder von unten nach oben ausgehend vom Verhalten in der Situation über die Pläne zu den übergeordneten Bedürfnissen.

Die Verhaltensanalyse ist in der Arbeit mit Patienten als Erklärungsmodell sehr gut, jedoch müsste der Patient in unserem Beispiel mehrere solcher Verhaltensanalysen anfertigen, um die Komplexität zu veranschaulichen bzw. eine Schleife zu entwickeln. Spielen wir das Beispiel einmal gedanklich weiter. Würde der Patient wieder einen Termin bei mir haben und sich dieses Mal vornehmen, wirklich anzukommen, steht er vor der Haustüre und hat dadurch ausgelöst schon ein ungutes Gefühl (R Emotion), und eine Unruhe (R Physiologie) steigt in ihm auf. Es treten dann erneut Gedanken wie „Das kann doch nicht so schwer sein, eine einfache Autofahrt zu schaffen“ (R Kognition) auf. Bis der Patient wirklich bei mir ankommt, hätte er eine Menge Situationsanalysen vorzuzeigen. Und da haben wir dann die Folgen in Form von Selbstabwertungen noch gar nicht berücksichtigt (Valente, 2021, S. 21).

Und noch komplexer wird das Ganze, wenn die Situation nicht statisch, sondern in Form von bereits erwähntem Interaktionsverhalten mit anderen Personen zu tun hat – also, wenn vielleicht die Partnerin an der Tür zur Verabschiedung steht und einen bestimmten Gesichtsausdruck hat, der bei unserem Patienten eine Schemaaktivierung hervorruft.

Für mich ist die Erarbeitung der Situations- und Plananalyse eine spannende Entdeckungsreise. Vielen Patienten sind deren Kognitionen oder Emotionen oftmals gar nicht bewusst. Sie befinden sich auch im Therapiesgespräch in ihrem Bewältigungsmodus. Schematherapeutische Interventionen (Imagination und Stuhldialoge) sind sehr erlebnisorientiert, und der Zugang zu den Kognitionen (Innere Kritikerstimmen oder Antreiber) und Emotionen (Kindmodi) ist sehr schnell aktiviert (sofern nicht der Distanzierte Beschützer im Therapieraum ist, der dann erst umgangen werden muss).



SORKC- UND SCHEMA-MODUS-MODELL – DIE GEMEINSAMKEITEN

Die Schematherapie wurde von Jeffrey Young (Young, 2008), Schüler von Wolpe und Beck, auf Basis der kognitiven Therapie entwickelt. Das Schemakzept war zunächst noch sehr komplex und statisch, sodass Young das erste Schemamodell zum Schema-Modus-Modell erweiterte. Dieses Modell stellt eine Weiterentwicklung des klassischen kognitiven Verständnisses dar. Die Schematherapie wird als strukturiertes Konzept innerhalb der Verhaltenstherapie gesehen, welche die Ergebnisse der neurobiologischen Forschung, der Lerntheorie, die Ergebnisse der Bindungsforschung, kognitive Techniken, den Expositionsansatz, imaginative Verfahren, Elemente der Gestalttherapie, die Arbeit mit in der Therapiesituation aktivierten Emotionen (das schaffen unsere Patienten mit Persönlichkeitsstörungen hervorragend), eine achtsame und akzeptierende Grundhaltung, den Aufbau einer selbstreflektierten Haltung entsprechend der sogenannten mentalisierungsbasierten Therapie, aber auch den systematischen Einsatz von Arbeitsblättern und übenden Elementen, die aus der Verhaltenstherapie bereits vertraut sind, integriert.

Schauen wir uns im Folgenden die Situationsanalyse aus der Verhaltenstherapie mit den schematherapeutischen Termini genauer an, um die Gemeinsamkeiten zu erkennen.

DIE AUSLÖSENDE SITUATION (S) – DIE FRUSTRATION DER GRUNDBEDÜRFNISSE

S: Die Situation (S) im Sinne der Verhaltenstherapie meint in der Schematherapie die Frustration der Grundbedürfnisse in Konfliktsituationen. Diese Frustration bringt den Stein erst ins Rollen und unser SORKC und Schema-Modus-Modell kann entstehen. Schemata sind in der Kindheit durch Nichterfüllung zentraler emotionaler Bedürfnisse entstanden. Young (2008) unterscheidet fünf Grundbedürfnisse.

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

Anders als bei Grawe (2000), der vier Grundbedürfnisse aus der Sicht der Erwachsenen beschreibt (Bindung und Zugehörigkeit, Kontrolle und Orientierung, Selbstwerterhöhung und -schutz, Lustgewinn und Unlustvermeidung), führt Young die emotionalen Grundbedürfnisse aus der Perspektive des Kindes an. In der Schematherapie wird den Patienten dabei geholfen, ihre



zentralen emotionalen Bedürfnisse zu befriedigen. Zunächst mit unserer Unterstützung durch das *Reparenting*, im Verlauf der Therapie erhält der Gesunde Erwachsene immer mehr Kompetenzen, um sich selbst gut zu versorgen. Ziel ist es, sich selbst eine gute Mutter/ein guter Vater zu sein.

Gerade in der Arbeit mit Paaren bemerke ich oft, dass Grundbedürfnisse mit Wünschen verwechselt werden. Da gebe ich meinen Paaren immer gerne ein Beispiel aus meinem Alltag mit. Mein Ehemann und ich haben das gleiche Bedürfnis, wir wollen neben der Kindererziehung auch einmal das Bindungsbedürfnis hervorkramen und zu zweit einen schönen Tag verbringen. So weit sind wir uns einig – wir haben das gleiche Bedürfnis. Nur in den Wünschen sieht es dann schon anders aus. Während mein Mann mit der Sporttasche vor mir steht und abfahrbereit ist, habe ich die Wellnesstasche gepackt. Gleiche Bedürfnisse heißt also nicht gleiche Wünsche.

DIE ORGANISMUSVARIABLE (O) – DIE SCHEMATA

O: Die Organismusvariable (O) ist in der Schematherapie die Aktivierung alter Schemata. Schemata können als stabile Charakteristika (*traits*) verstanden werden, welche in der Kindheit und Jugend erworben wurden. Neben den *traits* gibt es noch die *states*, das wären dann die unterschiedlichen Modi. Ich erkläre meinen Patienten ein Schema folgendermaßen: Ein Schema ist wie eine Lampe, die in einer bestimmten Situation (Schemaaktivierung) angeknipst wird. Sobald das Licht leuchtet, befinden wir uns in einer Schemaaktivierung und sind in unserem Modusmodell „gefangen“. Oder eine andere Beschreibung: In einem Theaterstück wären die Schemata das Drehbuch, die Inszenierung auf der Bühne wären dann die einzelnen Modi, die sichtbar sind.

Young (2008) unterscheidet 18 Schemata in fünf Domänen.

Domäne I: Abgetrenntheit und Ablehnung (Grundbedürfnis Bindung)

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



Domäne II: Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung (Grundbedürfnis Autonomie)

1. Erfolglosigkeit/Versagen
2. Abhängigkeit und Inkompetenz
3. Verletzbarkeit
4. Verstrickung/Unterentwickeltes Selbst

Domäne III: Beeinträchtigung im Umgang mit Grenzen (Grundbedürfnis Grenzen)

1. Anspruchshaltung/Grandiosität
2. Unzureichende Selbstkontrolle

Domäne IV: Übertriebene Außenorientierung und Fremdbezogenheit (Grundbedürfnis Freiheit, Emotionen und Bedürfnisse zu äußern)

1. Unterordnung/Unterwerfung
2. Aufopferung
3. Streben nach Zustimmung

Domäne V: Übertriebene Wachsamkeit und Gehemmtheit (Grundbedürfnis Spontaneität und Spaß)

1. Emotionale Gehemmtheit
2. Überhöhte Standards
3. Negatives Hervorheben/Pessimismus
4. Bestrafungsneigung

Grundsätzlich unterscheiden wir zwei Arten von Schemata – die un konditionalen und die konditionalen. Die Schemata der ersten und zweiten Domäne entstehen in der frühen Kindheit und sind un konditional. Die Schemata der vierten und fünften Domäne sind Bewältigungsversuche und daher konditional. Die Schemata der dritten Domäne können un konditioniert oder konditioniert sein (Valente & Roediger, 2020, S. 53).

Die Schemata (und auch Modi) kann man mittels Computerfragebogen (Mail an: info@quest-schematherapie.de) ermitteln. Hat sich der Patient durch den Schemafragebogen gearbeitet, kann



man auch noch die Schemabewältigung betrachten. Es gibt dabei unterschiedliche Schemabewältigungen, die nicht mit der Bewältigungsreaktion im Modusmodell verwechselt werden dürfen! Schemabewältigung bezeichnet die Reaktion eines Menschen auf ein bestimmtes Schema und die damit assoziierten Emotionen. Es handelt sich um ein theoretisches Konstrukt (Valente, Roediger 2020, S. 56).

1. Schema-Erdulden. Wenn jemand sein Schema erduldet, werden schemaassoziierte Emotionen sowie Kognitionen und Erwartungen akzeptiert. Das sichtbare Verhalten erfolgt im Sinne des Schemas. Am Beispiel des Schemas Missbrauch/Misstrauen (Domäne I) wäre das eine Person, die in missbrauchenden Beziehungen bleibt oder der Umgebung misstrauisch begegnet.

2. Bei der Schema-Vermeidung besteht die Reaktion der Person in der Verhinderung der Aktivierung eines Schemas durch die Vermeidung von Situationen. Am Beispiel des Schemas Missbrauch/Misstrauen würde das bedeuten, dass eine Person Beziehungen vermeidet, nichts von sich erzählt oder keinen an sich heranlassen will.

3. Bei der Schema-Kompensation erfolgt die Reaktion als Ziel. Eine Person macht das Gegenteil dessen, was einem das Schema eigentlich sagt. Beim Schema Missbrauch/Misstrauen würde das bedeuten, dass sich eine Person feministisch einsetzt, Kampfsport ausübt, zuerst missbraucht oder angreift, eine hohe Bestrafungsneigung hat oder übermäßig Vertrauen schenkt.

DIE REAKTION (R INTERNAL) – DER KINDMODUS

R (internal): Die Reaktion (R internal) entspricht in der Schematherapie sowohl den Kindmodi mit den Basisemotionen Angst und Traurigkeit sowie Ekel/Gereiztheit und Ärger (R Emotion). Aber auch die kognitive Bewertung in Form von Inneren Kritikerstimmen und Antreibern würde darunterfallen (R Kognition).

Roediger und Valente (2020) beschreiben in ihrem Buch zur Schematherapie eine dimensionale Perspektive der emotionalen Grundbedürfnisse Bindung und Selbstbehauptung. Wir sollten immer mit zwei Beinen durch das Leben gehen. Das linke Bein wäre das Bindungsbein mit den Grundemotionen Traurigkeit und Angst und das rechte Bein wäre das Selbstbehauptungsbein mit den Grundemotionen Ärger und Ekel/Gereiztheit (Valente & Roediger, 2020, S. 77). Unsere Patienten hüpfen manchmal auf nur einem Bein durch das Leben. Zu viel Bindung oder zu viel Selbstbehauptung.

Paul Ekman (2003) beschreibt fünf Basisemotionen: Angst, Traurigkeit, Ekel, Ärger und Freude. Diese emotionalen Ausdrücke sind kulturunabhängig, und wir werden damit geboren. Alle anderen Emotionen sind sozial erlernte Emotionen. In der Schematherapie fokussieren wir uns auf genau



diese Basisemotionen, um dann das Kind gut versorgen zu können. Je nachdem, welche Emotion aktiviert ist, ergeben sich daraus unterschiedliche Bedürfnisse. In den Stuhldialogen haben wir hinter dem Bewältigungsmodus den linken Stuhl für das linke Beziehungsbein mit den Emotionen Angst und Traurigkeit (in neueren Modellen blau dargestellt) und auf dem rechten Stuhl das Selbstbehauptungsbein mit den Basisemotionen Ekel/Gereiztheit (die zwei Emotionen haben den gleichen Gesichtsausdruck „Du kotzt mich an“) und Ärger (in den neueren Modellen rot dargestellt). Wir fragen zunächst nach dem Körpergefühl (der Körper lügt nicht – und der Zugang zum Körper ist für die Patienten oftmals leichter als die noch ungewohnte Gefühlssprache). Dann arbeiten wir das Bedürfnis heraus und versorgen den Patienten im Kindmodus. Je nachdem, welches Gefühl aktiviert ist (also auf welchem Bein der Patient gerade steht), hat er unterschiedliche Bedürfnisse. Und wir können bei zu viel Bindungsbein (Traurigkeit und Angst) auf das Selbstbehauptungsbein (Ekel/Gereiztheit und Ärger) wechseln oder umgekehrt. Immer wieder ein spannender Prozess, wenn ein total ärgerlicher Patient, Zugang zu seiner Traurigkeit bekommt oder ein sehr unterwürfiger und ängstlicher Patient zunehmend seinen Ärger spürt.

Die Schematherapie ist eine sehr erlebnisorientierte und emotionsaktivierende Therapie. Durch Imaginationen und Stuhldialoge gelangen wir genau zu den Kindmodi, und denen kann dann viel Aufmerksamkeit in Form von *Reparenting* geschenkt werden.

DIE REAKTION (KOGNITION) – DIE KRITIKERSTIMMEN, ANTREIBERSTIMMEN

Die dysfunktionalen Gedanken (R Kognition) werden als Elternmodi bezeichnet. Der Begriff führt oftmals zu Verwirrungen, darum liest man in neuerer Literatur eher die Begriffe „Innere Kritikerstimmen und Antreiberstimmen“. Mit Patienten eine Gestalt oder einen eigenen Namen (z. B. mein Katastrophisierer) zu finden, macht das Arbeiten viel lebendiger und wieder ein Stück erlebnisorientierter. Mit den dysfunktionalen Gedanken wird in der Schematherapie „kurzer Prozess“ gemacht. Zu Beginn fand ich die Sprache „die Kritikerstimmen werden entmachtet“ etwas heftig, aber die Selbsterfahrung in der Schematherapie lehrte mich ein Umdenken. Wenn Gedanken in uns negative Gefühle hervorrufen, dann machen sie einen schlechten Job und sollten weg. Von den Patienten kommt dann oft der Einwand „aber wenn ich einen Fehler mache, dann denke ich logischerweise schlecht – ich bin ja schuld an dem Fehler, und das macht dann automatisch ein negatives Gefühl“. Die Substitutions- oder Extensionstechnik kann bei diesem Missverständnis sehr hilfreich sein. Ich frage meine Patienten dann, „würden Sie bei einem Fehler diesen Gedanken, den sie gerade zu sich selbst sagen, auch einer geliebten Person (Extension) oder ihrem Kind (Substitution) sagen?“ Die Antwort war bisher immer ein nein – also bitte auch nicht zu sich selbst sagen. In Stuhldialogen kann man die Kritikerstimmen schön herausarbeiten und dann entmachten,



vor die Tür stellen oder auch einfach „nur“ labeln und auf die Seite stellen. Ziel ist es, dass dem Gesunden Erwachsenen mehr Glauben geschenkt wird als den Kritiker- oder Antreiberstimmen.

DIE REAKTION (VERHALTENSREAKTION) – DIE BEWÄLTIGUNGSMODI

R (external): Die Verhaltensreaktion (R) wäre in der Schematherapie das sichtbare Verhalten in Form von Bewältigungsmodi. Es wird dabei zwischen drei Copingstrategien unterschieden, die wir aus dem Tierreich kennen: Folgen (Unterwerfung/Erduldung), Erstarren und Fliehen (Vermeidung) sowie Kämpfen (Überkompensation). Die Bewältigungsmodi sind enorm spannend, da sie beinahe permanent präsent sind. Sowohl beim Patienten als auch bei uns, daher sollten wir unsere Bewältigungsmodi sehr gut kennen: ab in die Selbsterfahrung. Jeder Patient, der unseren Praxisraum betritt, befindet sich in seinem Bewältigungsmodus. Wenn eine Intervention nicht so klappt wie geplant, liegt es zumeist daran, dass der Bewältigungsmodus aktiviert ist und wir ihn nicht bemerkt haben. Auf Videos lässt sich das dann wunderbar nachsehen!

Es gibt eine Vielzahl an Bewältigungsmodi, die u. a. auch visuell mit Karten dargestellt werden können (Bernstein; www.i-modes.com). Der Einfachheit halber verwende ich zu Beginn (bevor wir dann gemeinsam Namen dafür finden) nur den Begriff „Beschützer“. In den ersten 2-Stühle Dialogen zum Interview des Bewältigungsmodus stelle ich meine Fragen an den Beschützer und lerne ihn gut kennen. Dann erfolgt die Zuschreibung in das Modusmodell.

1. **Unterwerfung/Erduldung:** Damit sind Patienten gemeint, die ihre Bedürfnisse und Wünsche hintenanstellen, sie übergehen eigene Grenzen, um von den anderen gemocht, akzeptiert oder nicht schlecht behandelt zu werden. Manche erdulden das Verhalten des Gegenübers. Die Aufmerksamkeit liegt immer stark bei den Erwartungen, Wünschen und Reaktionen des anderen.
2. **Vermeidung:** Die Vermeidung kann sehr bunt aussehen. Neben dem Distanzierten Beschützer kann es einen Distanzierten Selbstberuhiger (die Extremform wäre die Dissoziation), einen Selbststimulierer oder einen Ärgerlichen Beschützer geben. Ziel dieses Beschützers ist es, bei unangenehmen oder bedrohlichen Erlebnissen zu erstarren oder eine passive Haltung einzunehmen, um die Situation nicht zu verschlimmern.
3. **Überkompensation:** In diesem Bewältigungsmodus ist das Selbstbehauptungsbein sehr präsent. Dominieren, Entwertungen, Überheblichkeit und die aktive Kontrolle sind vorherrschend. Namen wie Narzisstischer Selbsterhöher, Histrionischer Aufmerksamkeitssucher, Zwanghafter Kontrolleur, Einschüchterer oder Schikanierer und Manipulierer, Trickser oder Lügner sind dabei zu finden. Einer meiner Patienten sagte einmal zu mir „Ich weiß Frau Dick, jetzt ist gerade wieder mein Arschlochmodus aktiv“.



MÖGLICHKEITEN IN DER THERAPEUTISCHEN ARBEIT

Ziel der Schematherapie ist es, die aktive Rolle des Erwachsenenmodus einzunehmen. Ich kenne meine Schemata und die damit einhergehende Möglichkeit der Schemaaktivierung. Ich als Gesunder Erwachsener habe Selbstmitgefühl und einen fürsorglichen Umgang mit meinen Emotionen und Bedürfnissen (ich versorge mich im Kindmodus – bin mir eine gute Mutter/ein guter Vater). Ich habe eine gesunde Selbstdisziplin und -kritik (anstatt mich von meinen Inneren Kritikern und Antreibern fertig machen zu lassen), und ich bin flexibel in meinen Handlungen (anstatt in meinen Bewältigungsmodi gefangen).

Interventionen, die sich in der Schematherapie aus dem SORKC-Modell ergeben, sind vielfältig. Matías Valente (Valente, 2021, S. 279) hat sich intensiv damit auseinandergesetzt und gibt in seinem neu erschienenen Buch einen umfassenden Überblick und viele Beispiele. Im Folgenden sind ein paar Interventionsmöglichkeiten herausgenommen und kurz dargestellt. Sie werden sehen, dass dabei viel Verhaltenstherapie drinsteckt.

Arbeiten wir in der Schematherapie an der Situation (S), dann sind Techniken wie das Diskriminationstraining, das Achtsamkeitstraining, die Identifikation wichtiger Trigger und bewusste Vermeidung im Sinne der eigenen Selbstfürsorge oder die Reizkonfrontation in sensu, in vivo oder im Rollenspiel möglich. Sind wir im therapeutischen Prozess an den Emotionen (R Emotion), sprechen wir in der Schematherapie vom Kindmodus. Da sind die Techniken zur Emotionsaktivierung in Form von Imagination und Stühlearbeit vorrangig. Unsere Patienten sind aber auch angehalten, emotionale Akzeptanz oder die Exposition mit aversiven Emotionen zu erlernen. Diesem Teil der Schematherapie wird viel Aufmerksamkeit gewidmet. Hier setzt das imaginative Überschreiben und das *Reparenting* an. Eine weitere Technik stellt die Erarbeitung von Bedürfnissen hinter den Basisemotionen dar. Es ist wichtig, seine Emotionen wahrzunehmen und die daraus resultierenden Bedürfnisse zu erkennen. Sind bei unseren Patienten dysfunktionale Kognitionen (R Kognition), also Kritikerstimmen, aktiviert, können Techniken der Entmachtung auf Stühlen, Imaginationen, Kognitives Umstrukturieren, Kognitive Defusion (aus der ACT) oder Verhaltensexperimente gewählt werden. Auf der Ebene des sichtbaren Verhaltens (R) arbeiten wir im Bewältigungsmodus. Dort sind Stühlearbeit, Imaginationen, Reaktionsmanagement während der Expositionsübungen, Verhaltensexperimente sowie Training spezifischer Fertigkeiten und Rollenspiele mögliche Interventionen.

Zu den einzelnen Bereichen gibt es diverse Übungen. So können 2-Stühle Übungen oder das ganze Modusmodell (je nachdem, ob es sich um eine internalisierende oder externalisierende Dynamik handelt) gewählt werden.



RESÜMEE

Die Integration der Schematherapie in die Verhaltenstherapie kann uns viele Vorteile bringen. Im Umgang mit Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung kann dadurch der Beziehungsaufbau und der Umgang mit schwierigen Therapiesituationen besser gelingen. Die Therapieabbrüche sind deutlich geringer, da die Beziehungsgestaltung besser verläuft. Schematherapeutische Methoden bieten uns Therapeuten die Möglichkeit einer intensiven Selbsterfahrung. Wenn mich Patienten aktivieren und ich mir meine Schemaaktivierung in einer angeleiteten Imagination oder einem Stuhldialog ansehe, dann ist das eine so intensive und wertvolle Erfahrung, die ich jeder/m Kollegin/en wünsche. Ich hoffe, dass ich mit meinem Artikel zeigen konnte, dass die Schematherapie sehr flexibel mit der Verhaltenstherapie (aber natürlich auch mit anderen Therapiemethoden) einsetzbar ist und es Spaß macht, mit Emotionsaktivierung zu arbeiten! Die Interventionsmöglichkeiten sind vielfältig und jeder von uns ist angehalten, seinen „therapeutischen Stil“ zu finden und vielleicht doch immer wieder etwas Neues auszuprobieren – vorzugsweise zuerst in der Selbsterfahrung oder der Intervention mit Kollegen.

LITERATUR

- Bockwyt, E. (2020) Die Verhaltensanalyse. Schattauer: Stuttgart.
- Egli, S. Et al (2019) Schematherapie bei Depression. Hogrefe: Göttingen.
- Fiedler, P. (2003) Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. Hogrefe: Göttingen.
- Grawe, K. (2000) Psychologische Therapie. Hogrefe: Göttingen.
- Parfy, E. et.al. (2016) Verhaltenstherapie. Moderne Ansätze für Theorie und Praxis. Facultas: Wien.
- QueST Schematherapie Fragebogen - E-Mail an: info@quest-schematherapie.de
- Roediger, D. (2009) Was ist Schematherapie? Junfermann Verlag: Paderborn.
- Roediger, E., Valente, M. (2020) Schematherapie. Kohlhammer: Stuttgart.
- Roediger, E. (2011) Praxis der Schematherapie. Schattauer: Stuttgart.
- Valente, M. (2021) Schematherapie - ein Leitfaden für die Praxis. Kohlhammer: Stuttgart.
- Young, J.E. et al (2008) Schematherapie. Junfermann Verlag: Paderborn.
- www.i-modes.com (Karten unterschiedlicher Modi von Bernstein)

** Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.*