

HYPNOTHERAPEUTISCHE ASPEKTE IN DER SCHEMATHERAPIE

MATTHIAS KRÜGER

Psychiatrische Tagesklinik, Friedrichshafen

ZUSAMMENFASSUNG: Der Beitrag möchte die therapeutische Kraft des schematherapeutischen Vorgehens damit erklären, dass Schematherapie dem Patienten auf sehr wirkungsvolle Weise zu einem „Um- und Neulernen“ (Roth, 2016) von Verhalten – externem und internem – verhilft. Die Schematherapie ist dabei so erfolgreich – so die These des Beitrags –, weil sie gleichermaßen das explizit-deklarative Gedächtnis (über ihr plausibles Störungsmodell) als auch das implizite Gedächtnis (über ihre erlebnis- und emotionsaktivierenden Interventionen) anspricht und Änderungen über beide Kanäle impulsiert.

Auf diese Weise gelingt es der Schematherapie, das „an den Patienten zu bringen“, was im Sinne der Graweschen Allgemeinen Psychotherapie (Grawe, 1999; Caspar, 2010) wirksam ist. Dabei nutzt die Schematherapie hypnotherapeutische Therapieelemente im Sinne Milton Ericksons, ohne das explizit zu benennen. Das Anliegen dieses Beitrages ist, diese impliziten Elemente zu benennen und mit dem Schematherapiemodell in Beziehung zu setzen.

SCHLÜSSELWÖRTER: Schematherapie, Hypnotherapie, Ego-State-Therapie, therapeutische Wirkfaktoren

HYPNOTHERAPEUTIC ASPECTS IN SCHEMATHERAPY

SUMMARY: The article explains the effectiveness of Schematherapy by its strength to help the patient in “re- and new learning” of internal and external behavior patterns. Schematherapy is so successful in doing this by appealing to the declarative-explicit memory (with its reasonable model for the disorder) as well as to the implicit memory (by its experience and emotions activating interventions) and inducing change by both ways.

As a result, Schematherapy is successful in proliferating those aspects of psychotherapy, which are proved to be effective in the sense of Grawe’s “general psychotherapy” (Grawe, 1999; Caspar, 2010). Therefore, Schematherapy uses hypnotherapeutic elements and techniques in the sense of Milton Erickson without naming them explicitly. The goal of this paper is to make these interventions explicit and relate them with the schema therapy model.

KEYWORDS: schematherapy, hypnotherapy, ego-state therapy, therapeutic power factors

EINLEITUNG

Der Beitrag versucht, die inzwischen belegte Wirksamkeit der Schematherapie (Arntz, 2012; Bamelis et al., 2012) als eigenständige, aber sich die Wirkprinzipien anderer Verfahren nutzbar machende Methode darzustellen. Die These ist, dass die relativ hohen Effektstärken der Schematherapie dadurch zustande kommen, dass sie in ihrem Modell „das, was (vermutlich) wirkt“ auf sehr kreative Weise bündelt. So könnten synergetische Effekte entstehen, die bei anderen Verfahren ausbleiben. Sie führt in einem konsistenten und in diesem Sinne nicht eklektischen Modell Hypnotherapie, Bindungstheorie, Lerntheorie und tiefenpsychologische Konzepte zusammen und macht deren unterschiedliche Wirkfaktoren nutzbar. Da es sich um ein eigenständiges Modell handelt, „bastelte sie nichts zusammen“, greift aber sowohl konzeptionell als auch methodisch auf Konzepte zurück, die andere Therapie-schulen bereits ausgearbeitet und angewendet hatten. Diesen gelang es jedoch nicht – zumindest nicht in dem Ausmaß, wie es der Schematherapie gelungen ist – das eigene mit dem Nützlichen des anderen zusammenzubringen.

Metaphorisch gesprochen entstand das Haus „Schematherapie“ unter seinem Architekten Jeffrey Young (Young et al., 2005) unter Zuhilfenahme und Einbeziehung von Bauplänen und Baustoffexperten, die schon „auf dem Markt waren“. Als Fundament setzte Young auf bewährtes Erfahrungswissen aus Neurobiologie, Bindungstheorie, Evolutionstheorie, Persönlichkeitspsychologie und Lerntheorie. Auf diesem sicheren Fundament stehend, entwickelte er Behandlungsstrategien, die in einem assimilativ-integrativen Ansatz „das Beste von allem“ zusammenfassen (Roediger & Brehm, 2013). Aufgrund der vorübergehenden Ferne zur Scientific

Community nach seiner Abkehr von der klassischen Kognitiven Verhaltenstherapie sensu Beck (Beck, 1993) konnte Jeffrey Young mit einem offenen Blick und einem offenen Geist seinen Neu-Entwurf konzipieren – ohne ideologisch auf eine etablierte Therapieform rekurrieren und auf entsprechende Loyalitäten Rücksicht nehmen zu müssen. So konnte er unverstellt auf das Verhalten und die Selbstbeschreibungen der Patienten schauen, motiviert von der Leitfrage, was Menschen in dysfunktionales Verhalten geraten lässt und wie sie dieses überwinden können. Er landete damit im Ergebnis bei dem, was Klaus Grawe in seinem Ansatz einer „Allgemeinen Psychotherapie“ und „Neuropsychotherapie“ (Grawe, 1999; 2004; Caspar, 2010) mit seinen fünf grundlegenden therapeutischen Wirkfaktoren beschrieben hat.

Der vorliegende Beitrag möchte zwei Aspekte beleuchten: zum einen soll expliziert werden, wie der schematherapeutische Ansatz die genannten fünf Graweschen Wirkfaktoren bedient. Zum anderen soll zuvor, angelehnt an die oben beschriebene Metapher des „psychotherapeutischen Hauses“, mit Milton Erickson ein entscheidender Co-Baumeister genannt werden (Rosen, 1996; Zeig, 2002; Schmidt, 2004). Von Jeffrey Young wird er nicht genannt. Dennoch – so die These des Beitrags – finden sich in vielen Zimmern und auch in den Baumaterialien ericksonianische Elemente. Sie tragen wesentlich dazu bei, dass Patienten, die das „schematherapeutische Haus betreten und in ihm bedient werden“, sich beim Verlassen desselben gesünder und in ihren Selbstmanagementfähigkeiten gestärkt erleben.

Diese Betrachtungsweise legt zudem nahe, dass sich Schematherapie und ericksonianische Hypnotherapie synergetisch bereichern könnten: der ericksonianische Hypnotherapeut kann das, was er

tut, wirksamer tun, wenn er es für den Patienten in einen schematherapeutischen Verstehenskontext stellt, der Schematherapeut kann das, was er tut, wirksamer tun, wenn er ericksonianische Techniken noch gezielter anwendet und einsetzt. Die Stärke der Allianz der beiden Ansätze basiert darauf – so die These des Beitrags –, dass die Schematherapie einen expliziten (sprachlich bewusst vermittelbaren) Deutungsrahmen für das bietet, was innerhalb dessen an implizit therapeutisch Wirksamem geschieht. Das Zusammenwirken expliziter und impliziter Therapieinhalte macht die Schematherapie so wirksam und darin unterscheidet sie sich von anderen Ansätzen.

1

VERBINDENDES UND TRENNENDES ZWISCHEN SCHEMATHERAPIE UND ERICKSONIANISCHER HYPNOTHERAPIE

1.1

BEWUSSTE UND UNBEWUSSTE, WILLKÜRliche UND UNWILLKÜRliche PROZESSE

Nach Milton Erickson (Zeig, 2002) vollziehen sich therapeutische Veränderungen nicht auf sprachlich-bewusster, sondern auf vorbewusster, unwillkürlicher Ebene: es nützt dem Patienten wenig, etwas über seine Störung zu wissen und sich diese erklären zu können, da man sich nicht dazu entscheiden kann, unwillkürliches Verhalten und Erleben (psychisches Leiden, Symptome) zu verändern („ich höre jetzt damit auf, mich depressiv zu fühlen“, „jetzt erhöhe ich mein Selbstwerterleben“; siehe dazu Schmidt, 2004).

Der schematherapeutische Ansatz stimmt dieser Haltung im Prinzip zu: wirkliche Veränderung gelingt, wenn an un- und vorbewussten Prozessen gearbeitet wird. Dem Patienten soll ein an-

deres Erleben ermöglicht werden, das in erster Linie nicht bewusst-sprachlich, sondern vielmehr als allgemeine, umfassende Erfahrung gemacht und gespeichert wird. Nur auf dieser Ebene ist es vermutlich möglich, die tief verankerten Schemata zu verändern, die letztlich die Störung aufrechterhalten.

Der schematherapeutische Ansatz weicht ab von dieser ericksonianischen Position, indem er es als hilfreich und notwendig erachtet, dem Patienten auf transparente Weise eine Erklärung und ein sprachlich-bewusstes Verständnis für seine Störung und deren Überwindung zu vermitteln bzw. dieses Verständnis mit ihm gemeinsam zu erarbeiten. Der so entstehende Deutungsrahmen in Form des gemeinsam entwickelten Störungsverständnisses und konkret als Schema-Modus-Fallkonzeption kann auf bewusster Ebene den Boden bereiten für das, was dann auf nicht-bewusster, nicht-sprachlicher Ebene zu nachhaltigen, korrigierenden Erfahrungen führen kann. Somit korrespondieren die explizit-deklarativen Konzept-Aspekte des schematherapeutischen Modells auf wirkungsvolle Weise mit den impliziten, nur zum Teil sprachlich kodierten Behandlungselementen (Schacter, 1996).

Mit dem gemeinsamen Erstellen der Schema-Modus-Fallkonzeption und den Erläuterungen zur therapeutischen Beziehung als einer Form der begrenzten elterlichen Fürsorge beginnt eine intensive Verschränkung von diesen explizit-deklarativen mit nur erfahrbaren, impliziten Behandlungselementen wie der imaginativen Überschreibung und den Stühle-Dialogen.

Das Störungs- und Therapieverständnis wird der Patientin sprachlich explizit gemacht und so auf bewusster, kognitiver Ebene erarbeitet. Das eigentliche „Neu-Lernen“ und die Erfahrung eines anderen emotionalen Erlebens als we-

sentliche Agenten therapeutischer Veränderung erfolgen implizit: zum einen über die erlebnis- und emotionsaktivierenden Methoden (Imaginationen- und Stühledialogen) und zum anderen über die „Erfahrungen“ im Rahmen der therapeutischen Beziehung: (orientiert an der schematherapeutischen Haltung der begrenzten elterlichen Fürsorge): Am Beispiel einer Patientin in einer sehr belastenden Lebenssituation kann das durch Nachfragen, wie es mit den Vorbereitungen zu einer anstehenden Zwischenprüfung aussieht, mit ihr planen, wie sie über Feiertage kommt, oder ihr stützende Kontakte anbieten geschehen.

Die „Erfahrung“ ohne den expliziten Deutungsrahmen, so die These des Beitrags, wäre weniger wirkungsvoll, weil es dann „nur“ eine gute Beziehungserfahrung wäre. Mit dem explizit gemachten Störungsverständnis des Schema-Modus-Modells wird eine gute Beziehungserfahrung in den Kontext eines mit dem Patienten explizierten Therapieprozesses gestellt. Das Korrespondieren von expliziten Inhalten („Wir möchten Sie dabei unterstützen, fürsorglich mit sich umzugehen und wir möchten als Klinik und als Ihre Therapeuten dafür – so gut es geht – ein Modell sein“) und erlebten Erfahrungen erhöht die therapeutische Wirksamkeit. Mit dem Verständnis von Therapie als eine Form des Neu-Lernens (Roth, 2015) erklärt sich die Effektivität der Schematherapie aufgrund ihrer gezielten und korrespondierenden Einflussnahme auf explizite und implizite Gedächtnisinhalte.

1.2

MODI ALS ALLTAGSTRANCEN IM ERICKSONIANISCHEN SINNE

Erickson geht in seinem Modell von Alltagstrancen aus, über die wir uns selbst-suggestiv in eher günstige oder eher un-

günstige Erlebenswelten bringen. Erstere sind assoziiert mit unseren Symptomen und Problemen, zweitere mit Bewältigungserfahrungen und Lösungen. Alle „Trance-Zustände“ (Schmidt, 2004) setzen sich zusammen aus Kognitionen, Emotionen, Impulsen, Phantasien, Erwartungen, Haltungen, physiologischen und motorischen Prozessen. Sie ähneln in diesem Sinne der Charakterisierung von Modi im schematherapeutischen Verständnis als „personale Gesamtzustände“ (Berkalk, 2000).

So zeigt sich auch im Begriff der Modi eine große Ähnlichkeit mit dem hypnotherapeutisch-ericksonianischen Konstrukt der Alltagstrancen. Die große Stärke und die therapeutische Kraft, die die Schematherapie entwickelt, liegt auch hier in der Kombination expliziter und impliziter Therapieelemente: Dem Patienten wird anhand des Modells erläutert, dass wir in unserem Alltag in unterschiedlichen Modi leben bzw. in diese geraten und diese durch bestimmte Reizkonstellationen aktiviert werden. Ihm wird weiter erläutert, dass es im therapeutischen Prozess darum geht, sich dieser Modi bewusst zu werden, mit der Zielsetzung, gestaltenden Einfluss darauf zu nehmen (auf maladaptive Bewältigungs-Modi verzichten, Kind-Modi zu validieren, zu versorgen, zu regulieren, dysfunktionale internalisierte Kritiker oder Antreiber zu begrenzen und den gesunden Erwachsenenmodus zu stärken).

Diese explizite therapeutische Arbeit bahnt die impliziten Therapieaspekte, die besonders in den Stühle-Dialogen und in der imaginativen Arbeit zum Tragen kommen: dort werden diese Modi und auch mögliche korrigierende Erfahrungen gespürt: die Stühle-Dialoge machen den Trance-Charakter des jeweiligen Modus für den Patienten erfahrbar (das Erleben des verletzbaren und/oder wütenden Kindmodus, das Erleben des strengen in-

neren Kritikers) und zeigt Möglichkeiten auf, diese „ungünstigen Trancen“ zu unterbrechen, indem der gesunde Erwachsenenmodus in den Vordergrund tritt. Ist das verbunden mit einem gemeinsamen Aufstehen, gelingt es ihm, das verletzbare Kind zu trösten oder den Kritiker zu begrenzen, kann er das mit aufrechter Haltung, klarer, fester Stimme tun, macht er eine implizite korrigierende Erfahrung, die eine multimodale Speicherung und Verankerung fördert (Roediger, 2016). Der Stuhlwechsel von Kritiker- oder Kind-Stuhl zum stehenden gesunden Erwachsenenmodus kann so verstanden werden als eine Form der „Problemlösungs-Gymnastik“ im Sinne des hypnosystemischen Ansatzes von Gunther Schmidt (2004).

Schematherapeuten können hier von dem Konzept der „minimal cues“ sensu Erickson (Zeig, 2004) profitieren: Zur Erlebnis- und Emotionsaktivierung können bei einer Stuhl-Arbeit die „minimal cues“ (die Auffälligkeiten in Mimik, Gestik, Stimme, Sprachmelodie, Sprachduktus,-syntax) im Sinne einer Beziehungsvertiefung („Pacing“) vom Therapeuten bemerkt und genutzt werden: durch validierende Spiegelung seitens des Therapeuten (der im Pacing-Prozess bspw. die gleichen Wörter benutzt, die gleiche Haltung einnimmt) kann der Klient den jeweiligen Modus noch deutlicher spüren und in seinen Implikationen erfassen. Das macht die weitere therapeutische Arbeit – das Eingehen des „Gesunden Erwachsenen“ auf diese Modi – effizienter. Der „Gesunde Erwachsene“ hat dann ein prägnanteres Bild von den Kind-Modi, die es zu versorgen und den Kritiker- und Antreiber-Modi, die es zu begrenzen, bzw. zu entmachten gilt (siehe dazu auch Nissen & Sturm, 2014).

Im Bereich der Stühle-Dialoge und speziell beim Aspekt der Begrenzung und Entmachtung der dysfunktionalen

internalisierten Bewertungen wirkt das Repertoire der schematherapeutischen Vorgehensweise begrenzt und oft nicht ausreichend differenziert, damit es zu den Patienten mit ihrer speziellen Lerngeschichte passt. Unter Schematherapeuten wird eine Differenzierung im Gegenüber-treten des gesunden Erwachsenenmodus gegenüber den internalisierten Bewertungen diskutiert, um dem Patienten mehr Möglichkeiten zu eröffnen als lediglich zu begrenzen und „den Stuhl vor die Tür zu setzen“ (Peled, 2016).

Dieses Unterfangen könnte methodisch mit hypnotherapeutischen Elementen und hier speziell mit Techniken, die aus dem Bereich der System- und Familienaufstellungen Bert Hellingers (Weber, 1995, Hellinger, 1996)) stammen, ange-reichert werden.

Fallvignette: Mit einem Patienten wird mittels Stühle-Dialogen auf verschiedenen Ebenen gearbeitet; als Gesunder Erwachsener (stehend) tritt er seinen realen Eltern gegenüber und bedankt sich für ihr Elternsein und dafür, was sie – ihren Möglichkeiten entsprechend – für ihn getan haben. Er äußert aber auch, in welchen Aspekten er sich nicht angemessen gesehen und versorgt erlebt hat (der Blick des aktuellen gesunden Erwachsenenmodus, der auf sein Kind-Sein zurückblickt).

In einer zweiten Phase dieses Stuhl-Dialoges wird das Übernommene in den Fokus genommen: hier geht es dann nicht mehr um die realen Elternfiguren, sondern das, was im Sinne eines Introjekts übernommen wurde und zu einem Teil des eigenen wurde. Der Gesunde Erwachsene – methodisch unterstützt durch den Stühle-Dialog –, kann nachspüren, was gerne angenommen wird und als gutes Vermächtnis weiterleben darf und was sich als destruktiv und toxisch erwiesen hat und von dem sich der Gesunde Erwachsene trennen möchte. Bei letzterem

sind Gesten und Sätze aus dem Repertoire des Hellingerschen Familienstellens hilfreich: Bsp.: „die Strenge und die erbarmungslose Härte, mit der ich manchmal auf mich und andere schaue und mit der ich mich und andere abwerte, gehört nicht zu mir; ich gebe sie zurück“. In der Stühleübung kann der Unterschied im Ich-Erleben (psychisch, physisch) gespürt werden, wenn das Fremde in Form eines Symboles zurückgelegt wird auf den Stuhl des inneren Kritikers und dieser Stuhl umgedreht oder vor die Tür gestellt wird. Jeweils begleitet von der explizit-sprachlichen, die innere Situation widerspiegelnde Konnotation („das gehört nicht zu mir, das macht mich und meine Beziehung zu anderen kaputt, das will ich loswerden und deshalb soll das raus“).

1.3

DAS EXPLIZITE SCHEMAMODUS-MODELL ALS IMPLIZITE SUGGESTION VON ZUVERSICHT UND HOFFNUNG

Das schematherapeutische Vorgehen setzt an den Anfang des Behandlungsprozesses das gemeinsame Erarbeiten eines Störungs- und Lösungsverständnisses. Mit seinem Modus-Modell, das Gemeinsamkeiten mit tiefenpsychologischen Konzepten, mit der Transaktionsanalyse (Berne, 2002), mit hypnosystemischen Konzepten (Schmidt, 2004), dem Konzept des Inneren Teams (Schulz von Thun, 2008), der Ego-State-Therapy (Emmerson, 2003; Watkins & Watkins, 2008) aufweist, führt die Schematherapie in der Phase der ersten Annäherung von Therapeut und Patient Begriffe und Prämissen ein, die geeignet sind, beim Patienten Zuversicht, Hoffnung und eine auf Gesundheit ausgerichtete Haltung zu induzieren.

Im ericksonianischen Sinne ist das Modus-Modell eine indirekte Suggestion,

die dem Patienten als wirkmächtige Erzählung vermittelt wird: wieder verbindet die Schematherapie in ihrem Vorgehen explizite (Erarbeiten des Modus-Modells, Vermitteln der Begriffe und Dynamiken) und implizite Wirk- und Behandlungsaspekte („es gibt eine Erklärung für die Störung und einen Weg zur Lösung; es gibt Grund zur Hoffnung und Zuversicht“). Die Stärke des schematherapeutischen Ansatzes liegt darin, dass die Begrifflichkeit und der Aufbau des Schema-Modus-Modells (Schemata, Kind-Modi, Innerer Kritiker, Bewältigungs-Modi, Gesunder Erwachsener) für einen psychisch leidenden Menschen sich als sehr plausibel und anschlussfähig erweisen. Anschlussfähiger z.B. als die indirekten Metaphern und Suggestionen, wie sie in der Hypnotherapie für Genesungsprozesse verwendet werden (siehe die „Geschichten“ Milton Ericksons, wie er sie im Sinne seines „indirekten Arbeitens“ seinen Patienten erzählte bzw. diese mit ihnen entwickelte; Rosen, 2004).

Das Schema-Modus-Modell kann als „die große Metapher“ verstanden werden, über die Prämissen vermittelt werden, die geeignet sind, im Patienten zum einen Hoffnung und Zuversicht zu suggerieren, zum anderen eine Haltung von Selbstakzeptanz und -fürsorge entstehen zu lassen. Die wesentlichen Prämissen sind:

1. Ich verfüge bereits über eine Instanz (Modus des „Gesunden Erwachsenen“), über die es mir möglich ist, sowohl nach außen angepasst und wirkungsvoll zu handeln, als auch nach innen meine Gefühle („Kind-Modi“) und Haltungen mir selbst gegenüber („Innerer Kritiker“ und „Innerer Antreiber“) zu regulieren. Je achtsamer ich auf die Reaktivierung der Kind- und Kritiker-Modi bin und je besser ich darauf mit meinem Gesunden Erwachsenen-Modus reagieren kann,

desto eher werde ich ein gelingendes und erfülltes Leben führen können. Therapie heißt dann, dass ich etwas weiter stärken möchte, über das ich bereits schon verfüge (Gesunden Erwachsenen), es bisher aber noch nicht als solches erkannt habe.

2. Ich akzeptiere – angesichts der immer nur annähernd erfüllbaren und manchmal im Widerspruch stehenden Grundbedürfnisse –, dass Leben immer mit Widrigkeiten, Belastungen und auch einem immer möglichen Scheitern verbunden ist. Mein „gesunder-Erwachsenen-Modus“ steht in diesem Spannungsfeld und muss sich diesen Regulationsaufgaben stellen. Deshalb erwarte ich von Therapie nicht die Herstellung eines paradiesischen Zustandes, sondern ein Stärken des Gefühls von Selbstwirksamkeit in diesen regulativen Prozessen.
3. Kommen diese Prozesse an ihr Limit, stellt meine Psyche ein Repertoire von „Notfall-Mechanismen“ (Bewältigungsmodi) zur Verfügung, die mich diese Zeiten der Überforderung überstehen lassen. Dann ist mein Gesunder-Erwachsenen-Modus im Hintergrund und nicht mehr der gestaltende Akteur. Ich bin froh, dass es diese Mechanismen gibt, weil sie mir früher manchmal hilfreich waren. Ich weiß aber auch, dass sie zu keiner nachhaltigen Lösung und Entwicklung führen. Dazu muss mein Gesunder-Erwachsenen-Modus wieder in die Position der handelnden und regulierenden Instanz kommen.
4. Ich bin mit einem Potenzial auf die Welt gekommen, das ausreichend war und ist, meinen Weg zu machen und mich am Leben zu freuen. Meine Veranlagung, meine spezifischen biografischen Erfahrungen und das basale Bedürfnis, sich die Welt erklären und Handlungsfolgen antizipieren

zu können, haben mich zum Teil zur Konstruktion eines verzerrten Selbst- und Weltbildes veranlasst (maladaptive Schemata). Sie als solche zu erkennen, zu korrigieren und hinter sich zu lassen, ist schwierig und langwierig, aber möglich.

5. Auch wenn meine Geschichte „so war, wie sie war“, können doch die reaktivierten Modi in der Gegenwart korrigierende Erfahrungen machen (z.B. die Erfahrung von Tröstung und Beistand im Modus des verletzten Kindes; die Erfahrung von Abgrenzung und Distanzierung gegenüber dem „inneren Kritiker“). Diese korrigierenden emotionalen Erfahrungen führen letztlich zu einer Abschwächung bis hin zur Überwindung der bisher dominanten maladaptiven Schemata.
6. Ich will lernen, mich selbst zu begleiten, wie ein guter Vater/eine gute Mutter ihr Kind begleitet: ein Leben lang: ich will fürsorglich und mit Liebe auf mich schauen, mir Mut machen, mich bestärken, aber mich manchmal auch ermahnen und auf den „rechten Weg“ führen. Diese Haltung gelingt mir besser, wenn ich mich selbst als das Kind sehe, das ein Recht auf eine fürsorgliche und liebende Begleitung hat.

Wenn es in der Anfangsphase der Therapie gelingt, dieses Störungs- und Therapieverständnis aufzubauen, werden suggestive Prozesse angestoßen, die im Sinne einer positiven, sich selbst erfüllenden Prophezeiung das schaffen, was sie bereits voraussetzen: die Stärkung des gesunden Erwachsenenmodus, das Sichselbst-Annehmen und das Annehmen einer Welt, die tendenziell widrig und suboptimal ist, in der man sich aber im Modus des Gesunden Erwachsenen zurecht finden, zufrieden sein und sich an ihr er-

freuen kann (Modus des Glücklichen Kindes).

1.4 THERAPIE SETZT BEIM KINDMODUS AN

Deutliche Parallelen gibt es in der von Erickson beschriebenen Grundhaltung und der therapeutischen Suchrichtung: wie die Schematherapie versuchte er, zum Kindmodus im Patienten vorzudringen, ein Verständnis für sein Geworden-sein und seine Welt- und Selbstkonstruktion zu entwickeln.

Den Zugang zu den Kindmodi und ihren Bedürfnissen findet der Therapeut im schematherapeutischen Behandlungsmodell über die Grundhaltung der „Begrenzten elterlichen Fürsorge“. Für den Schematherapeuten wirkt diese Beziehungsmetapher als machtvolle (Selbst-)Suggestion, liebevoll, neugierig, validierend und fürsorglich auf den Klienten schauen. Damit ist die (suggestive) Basis für eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung gelegt, die es braucht, um die Basisemotionen der Kind-Modi anzusprechen.

2 SYMPTOME ALS TRANCEPHÄNOMENE UND BEWÄLTIGUNGSVERSUCHE – ZUR BEZIEHUNG VON SCHEMATHERAPIE UND EGO-STATE THERAPY

Die Schematherapie teilt mit dem ericksonianischen Ansatz die Idee, dass es für die therapeutische Wirksamkeit jeglicher Intervention bedeutsam ist, gerade an die früh erworbenen, vorbewussten, emotional besetzten Inhalte zu kommen und auf diese Einfluss zu nehmen.

In einer hypnotherapeutischen Betrachtungsweise können Schemata und Schema-Modi als dissoziative Trance-

Phänomene verstanden werden, die sich im Lebens- und Reifungsprozess selbstorganisatorisch herausbilden. Über sie wird die Erfahrungswelt organisiert und deren Komplexität reduziert. Erst dadurch wird sie handhabbar und subjektiv verstehbar. Diese Selbstorganisationsprozesse folgen damit einer evolutiven und ökonomischen Logik. Sie dienen dazu, sich in der Welt so einrichten zu können, dass ein Überleben darin möglich ist. Schemata und Schema-Modi können aus der neurobiologischen Perspektive betrachtet werden als neuronale Netzwerke auf unterschiedlichen Organisationsebenen. Hypnotherapie und Schematherapie setzen beide letztlich den therapeutischen Fokus auf diese Prozesse (und den sich daraus ergebenden Strukturbildungen), die nur zum Teil bewusst zugänglich und steuerbar sind. Aus dieser Perspektive betrachtet, startet der psychotherapeutische Prozess mit dem Wunsch des Patienten, willkürlich (bewusst) das zu überwinden, was sich unwillkürlich (unbewusst) als „psychischer Überlebens- und Bewältigungsversuch“ entwickelt hat und nun als leidvoll erfahren wird.

2.1 GEMEINSAMKEITEN UND UNTERSCHIEDE ZWISCHEN DEM SCHEMA-MODUS- MODELL UND DEM MODELL DER EGO-STATE-THERAPY

„Ego-States“ können als Folgen dissoziativer Prozesse verstanden werden, mit denen der Organismus auf extreme Bedrohung (Traumatisierung) reagiert. Im schematherapeutischen Modus-Modell können sie dem Bewältigungsmodus des „Distanzierten Beschützers“ zugeordnet werden, der dann zum Tragen kommt, wenn die eigentlich regulierende und integrierende Instanz des gesunden Erwachsenen-Modus dazu nicht mehr im Stande ist.

Tabelle 1: *Konzeptionelle Unterschiede zwischen Schema-Modus-Modell und Ego-State-Therapie*

	Schema-Modi	Ego-States
Konzeptionell werden sie verstanden als ...	Personale Gesamtzustände, die der Person als distinkte Reaktionsbereitschaften zur Verfügung stehen.	Komplexe neuronale Netzwerke, die Gefühle, Körperempfindungen, Überzeugungen und Verhaltensweisen in einem bestimmten Augenblick oder über einen bestimmten Zeitraum festhalten.
	Sie haben je nach Situation mehr oder weniger Zugriff auf das Erleben und Verhalten.	Voneinander abgegrenzte psychische Einheiten.
	Sie können „nebeneinander“ stehen und sich – je nach äußerer und innerer Situation – abwechseln, wer in den Vordergrund und wer in den Hintergrund rückt.	Die aktuelle Präsenz eines Ego-States schließt die eines anderen aus (die „Co-Existenz“ dieser ist Ziel der Therapie)
Weshalb gibt es ...?	Sie sind ontologisch-strukturell angelegt und damit universell menschlich. Sie werden durch die biographische Lerngeschichte inhaltlich besetzt.	Sie sind Folge besonders belastender Lebensereignisse oder Lebenssituationen und entstehen aufgrund von introjizierten Prozessen und Traumatisierungen
	Sie sind Ausdruck psychischer Verarbeitungsprozesse. Nur die Bewältigungs-Modi haben explizit die Funktion des Lösungsversuchs in Phasen psychischer Not und Überforderung	Sie sichern das psychische Überleben durch Ersetzen der bisherigen „Ich-Funktion“ (metaphorisch übernimmt der Ego-State“ das Ruder, weil der Kapitän die Situation nicht bewältigen kann)
Die therapeutische Zielsetzung der Arbeit mit ...	Der Modus des „Gesunden Erwachsenen“ soll gestärkt werden; die Bewältigungsmodi sollen entbehrlich gemacht werden, indem die Kind-Modi versorgt und der Modus des Inneren Kritikers/ Antreibers begrenzt und entmachtet wird.	Die Ego-States sollen als solche erkannt und validiert werden. Sie sollen im Sinne einer „Familientherapie mit allen Mitgliedern der Selbst-Familie“ (Watkins) zu einer gelingenden Co-Existenz eingeladen werden
Wie gelingt der therapeutische Zugang?	Auf transparente Weise unter Moderation des Therapeuten wird gemeinsam mit dem Patienten sein Schema-Modus-Modell erstellt. Die Modi werden benannt und charakterisiert.	Die Ego-States sind nur begrenzt über einen bewussten therapeutischen Diskurs zugänglich. Die zugangsbegrenzenden Schutz- und Abwehrmechanismen gilt es mittels einer speziellen Vorgehensweise (Trance-Techniken) zu umgehen
Die Indikation zur Arbeit mit ... ist gegeben, wenn die therapeutischen Instrumente der Schematherapie im Sinne der therapeutischen Zielsetzungen greifen.	... erkennbar wird, dass therapeutische Fortschritte ausbleiben oder auf diese jeweils schwere Rückschläge folgen; diese werden als „Bestrafungen“ erlebt.
	... der Gesunde-Erwachsenen-Modus, unterstützt vom Therapeuten, auf die Modi Einfluss nehmen kann.	... der Therapeut den Dialog mit dem Ego-State führen muss, da das „Ich“ des Patienten zu diesem Dialog nicht zugelassen wird oder damit überfordert ist

Das Verbindende zwischen dem Schema-Modus-Modell und dem Modell der Ego-State-Therapie ist ihr therapeutischer Fokus: die Arbeit mit „Anteilen“. Beide gehen von einem Grundverständnis aus, dass menschliches Erleben und Verhalten von einer Perspektive der inneren „Vielheit“ besser zu verstehen sind als von der einer inneren „Ganzheit“.

Konzeptionell unterscheiden sich die beiden Ansätze wesentlich voneinander (siehe Tabelle 1). In der therapeutischen Praxis kann es erforderlich sein, beide miteinander zu verknüpfen: in der unten beschriebenen Fallvignette schuf die Ego-State-Arbeit die Voraussetzungen für ein schematherapeutisches Arbeiten im engeren Sinne.

FALLBEISPIEL:
VERKNÜPFUNG VON ELEMENTEN
DER SCHEMATHERAPIE MIT SOLCHEN
DER EGO-STATE-THERAPIE

Frau S. ist seit 20 Jahren in ambulanter, teil- und vollstationärer psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung. Anlass der Behandlung waren jeweils starkes depressives Erleben, Suizidalität und massives selbstverletzendes Verhalten. Überwiegend erfolgte die Behandlung in den ersten Jahren nach den Richtlinien der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT). Trotz des soliden und verlässlichen Therapie-Commitments und der von beiden Seiten – seitens der Behandler und der Patientin – „gut gemeinten“ therapeutischen Bemühungen kam es bei jeder teil- und vollstationären Behandlung zu einer massiven Symptomsteigerung (selbstverletzendes, teils lebensbedrohliches Verhalten, Suizidalität, Selbsthass). Während des letzten Aufenthalts auf der Krisentherapiestation wurde begonnen, mit dem Ego-State-Ansatz zu arbeiten. Diese Arbeit wurde in den ambulanten Therapien

fortgesetzt. Die ambulante Therapie dauert bis zur Gegenwart an. Neben den – in den vergangenen Jahren – niederfrequenten ambulanten psychotherapeutischen Sitzungen wird die Patientin psychiatrisch (inzwischen ohne Medikation, nachdem sich kein Wirkstoff als hilfreich erwiesen hatte) und sozialpsychiatrisch weiter betreut. Nach wie vor erlebt sie einen großen inneren Druck, „ringt mit sich“, beschreibt sich als noch weit davon entfernt, das Leben genießen zu können. Sie könne dieses und „sich“ aber inzwischen zumindest aushalten und sei dankbar, als Mutter und Frau „einigermaßen zu funktionieren“. Manchmal könne sie sich „auch über etwas freuen“ – was in den Jahren bis 2013 kaum möglich gewesen sei. Bis zu diesem Zeitraum kam es immer wieder zu massivem selbstverletzendem Verhalten.

Die Patientin berichtet in der „Rückschau“ auf ihre lange Erkrankungs- und Behandlungsgeschichte, dass „die Wende“ zu einem aushaltbaren Leben gekommen sei, als damit begonnen wurde, mit ihr an diese „Persönlichkeitsanteile“ zu kommen, zu denen sie selbst keinen bewussten Zugang hatte. Diese Teile, deren In-Konflikt-Stehen und der Umstand ihres Nicht-zum-Ausdruck-Kommens, können – rückblickend auf den therapeutischen Verlauf – als die wesentlichen Bedingungsfaktoren für die oft als nicht aushaltbar erlebte innere Spannung (und den damit verbundenen Schneidedruck) gesehen werden.

Im Rahmen der Ego-State-Therapie wurde in trancegeleitete Sitzungen Kontakt mit diesen „abgespaltenen Ich-Anteilen“ (Ego-States) aufgenommen. Sie konnten vom Therapeuten zu ihrer Geschichte, ihrer Funktion und ihrem Verhältnis zu Frau S. und ihrem Verhältnis zueinander befragt werden. In insgesamt zwölf Sitzungen kamen verschiedene „States“ auf diese Weise zu Wort. Folgende Ego-States

tes konnten benannt werden: die „erbarmungslos Strenge“, „die Kleine“ und die „ausgeflipte Punkerin“. Das Ansprechen dieser States erlebte die Patientin jeweils in einem völlig dissoziierten Zustand (am Ende der Sitzungen wurden jeweils Anti-Dissoziations-Skills angewandt – Gesicht in kaltes Wasser tauchen, Drücken der Hände, Klatschen –, um die Patientin aus der Dissoziation in die Präsenz zu führen): die Stimme, der Gestus, das berichtete „Erleben“ des States, die geäußerten Inhalte waren völlig unterschiedlich und State-spezifisch. Die „Strenge“ war in ihrer Gestik gespannt, saß aufrecht, in der Haltung zuchtmeisternd, hart argumentierend, mit fester, befehlender Stimme, erbarmungslos in ihren Urteilen. Sie beschrieb sich als „die, die eigentlich dafür sorgt, dass S. nicht völlig vor die Hunde geht“; wäre sie nicht da, könnte sie mit ihrer Disziplinlosigkeit in dieser Welt nie bestehen. Deshalb müsse sie, die Strenge, sie immer zu Leistung antreiben und sie vor Müßiggang bewahren. Das wäre der sichere Untergang. Die „Kleine“ (auf einem andern Stuhl platziert, sprach leise, kaum hörbar, verschüchtert, voller Angst zu versagen. Die „ausgeflipte Punkerin“ war mit einer „no future-Haltung“ im Sessel fläzend und „auf das Leben einen Shit gebend“. Ihre innere Dominanz führte mehrfach zu suizidalem und parasuizidalem Verhalten.

Diese „States“ können – so das konzeptionelle Verständnis der Ego-State-Therapie als dissoziative Ich-Zustände verstanden werden, die sich biographisch in einer Zeit gebildet hatten, als die Patientin unter großen Druck geriet, um ihren „Platz in der Familie“ fürchtete und es für sie galt (so ihr rückblickendes Erleben), „zu zeigen, dass sie mit Recht zu dieser Familie gehört“ (was einem existentiellen Bedrohungserleben gleichkommt). Konkret nennt Frau S. den Zeitraum des Schulwechsels von der Grundschule auf

eine weiterführende Schule. Zur Konstellation in der Primärfamilie: Frau S. berichtet, einen um vier Jahre älteren Bruder zu haben, der in allen Belangen der „besseren“ gewesen sei (Beliebtheit, Aussehen, schulische Leistungen, Erfüllen der elterlichen Erwartungen). Des Weiteren habe sie eine um zwei Jahre ältere Schwester, die in Folge einer perinatalen Schädigung im ersten Lebensjahr verstorben sei. Sie beschreibt das Aufwachsen in der Familie als „nach außen hin unauffällig und korrekt“; materiell habe es an nichts gemangelt. Emotional sei es „kalt zugegangen“; die Familienatmosphäre sei geprägt gewesen von der extrem hohen Leistungserwartung, die die Eltern an sich selbst und an die Kinder gestellt hätten. Sie habe sich dem Vater näher als der Mutter gefühlt, wollte „für ihn immer gut sein und Leistung bringen“. Die gewünschte und ersehnte Liebe habe sie aber nur „z.T. zurückbekommen“; ihre Mutter sei als Lehrerin tätig gewesen, sehr in ihrem Beruf aufgegangen und für sie und die Familie dadurch wenig präsent. Sie selbst habe als Kind und Jugendliche sehr darunter gelitten, extrem zu schielen und „etwas dicklich“ gewesen zu sein: Aufgrund von beiden „Eigenarten“ sei sie in der Schule gehänselt worden, habe sich minderwertig und oft ausgegrenzt gefühlt. Aufgrund ihrer fehlenden Brillanz verglichen mit dem Bruder habe sie sich in der Familie nicht „wirklich akzeptiert und geliebt“ gefühlt. In ihrer Not habe sie sich von den Eltern nicht ernst genommen gefühlt. Ihr sei – wenn sie sich Trost suchend an die Eltern gerichtet habe –, entgegnet worden, dass „man daran ja nicht sterbe“ – mit dem Hinweis auf den Tod der um zwei Jahre vor ihr geborenen und kurz nach ihrer eigenen Geburt verstorbenen Schwester.

In dieser familiären und innerpsychischen Situation können die „Ego-States“ – die „erbarmungslos Strenge“ und „die

Kleine“ – verstanden werden als Folger der zu dieser Zeit vorliegenden Überforderung einer integrierenden „Ich-Instanz“, diesen Konflikt zuzulassen, auszutragen, „nach innen und nach außen zu verhandeln“. Anstelle dieses Verhandelns trat die dissoziative Abspaltung. So blieb das „Ich“ handlungsfähig und wurde zum Teil entlastet.

Die weitere Entwicklung gelang mit viel Mühe und Anstrengung (Abitur, Beginn eines Studiums, Abbruch aufgrund unüberwindbarer Prüfungsängste und damit verbundenen Lernblockaden). Im Nachhinein lebensrettend muss das Kennenlernen ihres späteren Mannes und die Gründung einer Familie gesehen werden (über Mann und später die Kinder korrigierende Erfahrungen von Angenommen- und Geliebt-sein). Gerade in der Zeit nach der Geburt des zweiten Kindes nimmt der innerlich erlebte Druck, die als unaushaltbar erlebte innere Spannung zu und es kommt zu selbstdestruktivem Verhalten und der langen Serie von Klinikbehandlungen. In der Logik des Ego-State-Ansatzes argumentiert, entwickelte sich die Dissoziation durch die emotionale Entlastung (Partnerschaft, Familie, Kinder) vom pathologischen Pol (völlige Abspaltung) zum „gesünderen“ Pol und die Konfliktpannung wurde bewussteinnäher und damit spürbarer.

Ein therapeutisches Fortschreiten im schematherapeutischen Sinne (Stärkung des gesunden Erwachsenen-Modus in seiner regulierenden Funktion) wurde erst möglich, nachdem die dissoziierten States angesprochen und eingebunden werden konnten. Ohne diese Einbindung wurden alle therapeutischen Bemühungen torpediert. In der Metapher des Inneren Parlaments für das innerpsychische Geschehen einer Person (Schmidt, 2004) „funktionierte die parlamentarische Demokratie“ nicht mehr, weil wesentliche Teile in den Untergrund gegangen sind

und von dort parlamentarische Beschlüsse und Entscheidungen verhinderten und torpedierten. Für die Parlamentspräsidentin und ihre Gremien waren sie jedoch nicht fassbar. Erst ihre Einbeziehung über besondere, vermittelnde Maßnahmen ermöglichten eine Kontaktaufnahme und ein In-Dialog-Treten. Dies ließ wieder ein umsetzbares parlamentarisches Handeln und Entscheiden zu. Die „Fraktion, die in den Untergrund ging“, ließ sich so (über die Ego-State-Therapy) in den parlamentarischen Diskurs einbinden. Ins Schema-Modus-Modell übertragen, waren sie erst dann im Status ich-assoziierter Modi.

Das war die Grundlage für ein schematherapeutisches Arbeiten im engeren Sinne, wie es in den vergangenen zwei Jahren praktiziert werden konnte. Dieses führt zu einem zunehmend „besseren Umgehen-Können“ mit sich selbst im Sinne eines Tröstens des verängstigten Kindes (das in Vielem der „Kleinen“ ähnelt) und einem Begrenzen des „inneren Kritikers“ (der in Vielem der „erbarmungslos Strengen“ ähnelt).

3

DIE UMSETZUNG DER GRAWESCHEN

THERAPEUTISCHEN WIRKFAKTOREN IN DER SCHEMATHERAPIE AUS HYPNOTHERAPEUTISCHER SICHT

Nach Grawe ist Psychotherapie umso wirksamer, je besser es gelingt, eine tragfähige Therapeut-Patient-Beziehung aufzubauen, das Problem des Patienten in der Therapie zu aktualisieren und ihm eine Bewältigungserfahrung zu vermitteln, seine Ressourcen zu aktivieren und ihm ein plausibles Modell für seine Störung und deren Überwindung zu vermitteln.

Im Folgenden soll aus einer hypnotherapeutischen Perspektive dargelegt

werden, auf welche jeweils spezifische und einen Unterschied machende Weise der Schematherapie die Umsetzung dieser Wirkfaktoren gelingt.

3.1

DIE THERAPEUT-KLIENT-BEZIEHUNG

Das Konzept der begrenzten Nachbeel-terung bahnt eine intensive, vertrauensstiftende Beziehung zwischen Therapeut und Klient.

Die Mischung von Beziehungsbot-schaften (Verständnis, Kompetenz, Eben-bürtigkeit, Authentizität, Offenheit, soli-darische Verbundenheit), mit denen der Schematherapeut den Patienten begeg-net, macht das Entstehen einer tragfähi-gen therapeutischen Beziehung und damit das Wirksam-Werden eines zentralen therapeutischen Wirkfaktors sehr wahr-scheinlich.

Wo macht die Schematherapie hier den Unterschied?

Mit dem Konzept der begrenzten Nachbeel-terung gelingt es (auch das mit suggestiver Kraft im hypnotherapeu-tischen Sinne), die Chancen und das Potenzial, das in der therapeutischen Be-ziehung liegt, zu nutzen und dabei de-ren Risiken und „unerwünschte Neben-wirkungen“ zu begrenzen. Die Chancen: die implizite Beziehungsbotschaft des Therapeuten zum Patienten – Wie ein „guter Vater/eine gute Mutter“ möchte ich dir beistehen, dir helfen, dich unter-stützen, dich verstehen“ – fördert Nähe, Vertrauen, das Sich-Einlassen auf die Ex-pertise des Therapeuten bezüglich seines Wissens um die Störungsdynamik. Der einen Gefahr, die psychotherapeutische Beziehungen in sich bergen, nämlich der Entstehung von zu großer Abhängigkeit wird entgegengearbeitet über die Betonung von Ebenbürtigkeit, Transparenz und über das Fernziel der Autonomieent-wicklung über die Stärkung des gesun-

den Erwachsenenmodus. Der anderen Gefahr, der möglichen Verstrickung mit dem Patienten, wird Rechnung getra-gen über das explizite Achten auf eigene Schemaaktivierungen auf Seiten des The-rapeuten über Selbsterfahrung, Selbstre-flektion und Supervision und das Anspre-chen im Sinne der Selbstoffenbarung in der Therapie.

In dem schematherapeutischen Be-ziehungsangebot – wiederum explizit er-läutert und implizit gelebt und erfahren – der begrenzten elterlichen Fürsorge fin-den sich hierarchisch-pädagogische (El-tern sind höherrangig, wissen mehr, weisen den Weg, haben mehr Macht) und ebenbürtige Aspekte („wir sind als Menschen alle gleich in unseren Grund-bedürfnissen und im Darauf-Reagieren, wenn sie nicht erfüllt werden“, Transpa-renz in der Vorgehensweise), die vom Patienten gerne angenommen werden, weil sein Bedürfnis nach Hilfe und Ori-entierung ebenso bedient wird wie das nach einem ebenbürtigen, respektvollen Kontakt und Anerkennung seiner Auto-nomie. Wichtig ist der flexible und dem Prozess dienliche Wechsel zwischen den Ebenen.

3.2

PROBLEMAKTUALISIERUNG UND PROBLEMBEWÄLTIGUNG

Die Schematherapie arbeitet explizit mit dem Geschehen im Hier und Jetzt und nutzt Schemaaktualisierungen zur Klä-rung und zur Überwindung bzw. Linde-rung des impliziten, schemabedingten Reagierens und des damit verbundenen Leidens des Patienten (Jacob & Arntz, 2015).

Veränderungen und Neulernen gelin-gen nur, wenn die entsprechenden emo-tionalen Prozesse angesprochen werden. Dies wird in der Schematherapie durch Stühledialoge und die Arbeit mit Imagi-

nationen sehr wahrscheinlich gemacht. Verhaltenstherapeutisch/lerntheoretisch argumentiert, gelingt so eine „Gefühlsexposition“ und damit eine Bewältigungserfahrung, nachdem Konditionierungsprozesse (klassisch und operant) zur Störungsausbildung geführt haben. Die Schematherapie geht dann aber weiter als die Exposition, indem neue emotionale Erfahrungen (wiederum im Rahmen von Stühledialogen und Imagination) vermittelt werden.

Im nächsten Schritt kommen die Hausaufgaben, die zusammen mit dem Patienten entwickelt werden, um die Erfahrungen der Therapiestunde in den Alltag zu transferieren. Auch dies ist letztlich dem Faktor „Problembewältigung“ und dem (auch für den Patienten nachvollziehbaren) Umstand geschuldet, dass alles Neue geübt werden muss. Hypnotherapeutisch ist das „Tun“ als Bewältigungserfahrung eine Selbstsuggestion von Kompetenz und Selbstwirksamkeit.

3.3

RESSOURCENAKTIVIERUNG

Ressourcenaktivierung im schematherapeutischen Verständnis hat den Aspekt, dass mit dem Patienten gemeinsam darüber reflektiert wird, in welcher Hinsicht die Ressourcennutzung im Dienst des gesunden Erwachsenenmodus steht und in welcher Hinsicht im Dienst von Bewältigungsmodi oder dysfunktionalen internalisierten Anteilen. Übergeordnetes Ziel ist damit, die vorhandenen Ressourcen als solche zu sehen und zu würdigen und dem Patienten zu helfen, sie möglichst in den Dienst des gesunden Erwachsenenmodus zu stellen. Dort verhelfen sie ihm zur Weiterentwicklung. Dieselben Ressourcen können ihn dabei behindern, wenn sie im Dienst von Bewältigungsmodi oder im Dienst des Inneren Kritikers/ Antreibers (internalisierte dysfunktionale

Anteile) stehen, im Sinne eines „too much of a good thing“.

Der besondere Gewinn des schematherapeutischen Modus-Modells besteht somit darin, dass gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet wird, wann etwas eine Ressource ist. Hier ergeben sich therapeutische Schnittmengen zwischen Schematherapie und der Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Eifert, 2011). Der gesunde Erwachsenenmodus wird dabei unterstützt, seine Werte zu klären, um darauf aufbauend seine Ressourcen werte- und zielorientiert nutzen zu können (Roediger, 2016): Fleiß und Disziplin können eine Ressource sein, wenn sie im Dienst der ausbalancierten Werte des gesunden Erwachsenenmodus stehen; Fleiß und Disziplin können aber auch für das Ziel der Ich-Stärkung und -entwicklung hinderlich sein, wenn sie beispielsweise im Dienst eines übergeordneten Flucht- und Vermeidungsverhaltens stehen (z.B. der Distanzierte Selbstberuhiger, der den Patienten im Sinne eines Workoholics in die Arbeit flüchten lässt) oder im Dienst eines erbarmungslosen inneren Kritikers und Antreibers.

3.4

MOTIVATIONALE KLÄRUNG

Wie oben bereits erläutert, besteht ein wesentlicher Teil der Schematherapie darin, gemeinsam mit dem Patienten ein Störungsverständnis und eine Fallkonzeption zu entwickeln, in denen Rekurs auf seine Disposition, seine Grundbedürfnisse, seine Geschichte und seiner Verarbeitung genommen wird.

Dies wird meistens in Form einer grafischen Aufzeichnung visualisiert (Krüger, 2015) und verständlich gemacht; der Patient kann sich so orientieren, an was therapeutisch zu arbeiten ist, an was gerade gearbeitet wird, welche Modi und Schemata jeweils aktualisiert sind. So wird er

zum immer erfahreneren „Coach und Manager“ (guter Vater/guter Begleiter) seiner selbst, der sich zunehmend besser kennen lernt, um seine wunden Punkte und Verletzlichkeiten weiß und der mit fortschreitender Therapie funktionalere Bewältigungsversuche für Probleme und Krisen entwickeln kann (Roediger, 2012; 2016).

Der Gewinn der Schematherapie gegenüber anderen therapeutischen Ansätzen besteht hier in der Explizitheit des Therapieziels „Stärkung des Gesunden-Erwachsenen-Modus“. Die Klärung im Sinne des Immer-besser-Bescheid-Wissens-über-sich ist ein wesentlicher Bestandteil dieser Stärkung. Die Fallkonzeption wird dabei zu einer Orientierung (welche Modi prädominieren? Welchen Bewältigungs-Modi haben eine starke Attraktion und sind zu beachten? Wie kann der „Gesunde-Erwachsenen-Modus“ gestärkt werden?), die den Patienten den Weg weist. Aus hypnotherapeutischer Perspektive bahnt dieses Vorgehen suggestiv positive und therapiedienliche Prozesse in Richtung Kontrollerleben und Sicherheit. Der Patient erlebt bereits durch dieses an den Anfang des therapeutischen Prozesses gestellte Vorgehen einen Zugewinn an (als gefährdet erlebter) Handlungsfähigkeit.

4 RESUMEE

In der Schematherapie kommen die Ingredienzien einer therapeutischen Methode zur Anwendung, die sie im Sinne Grawes wirkungsvoll macht.

Sie teilt sich viele Gemeinsamkeiten in ihrem Grundverständnis von Störung und Therapie mit dem hypnotherapeutischen Ansatz Milton Ericksons. Ohne Grenzen zu verwischen und Unterschiede zu nivellieren, sollten in der klinischen

Praxis die Synergieeffekte genutzt werden, die entstehen, wenn in der Schematherapie hypnotherapeutische Elemente noch gezielter eingesetzt werden. Es ist zu hoffen, dass sich die Schematherapie diesem Ansatz noch mehr öffnet und ihr Potenzial dadurch noch mehr zur Entfaltung bringen kann.

LITERATUR

- Arntz, A. (2012). Imagery rescripting as a therapeutic technique: Review of clinical trials, basic studies, and research agenda. *Journal of Experimental Psychopathology* 3, 189-208.
- Arntz, A. (2011). Schematherapie für Cluster-C Persönlichkeitsstörungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 59, 195-204.
- Bamelis, L., Bloo, J., Bernstein, D. & Arntz, A. (2012). Effectiveness Studies. In van Vreeswijk, M., Broersen, J. & Nardort, M. (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy West*. Sussex: Wiley-Blackwell.
- Beck, A. T. & Freeman, A. et al. (1993). *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Beltz.
- Berbalk, H. & Kempkensteffen, J. (2000). *Die Bedeutung des „Momentanen personalen Gesamtzustandes“ für die Arbeit in der Depressionstherapie*. 3. PsychotherapeutenForum: Praxis und Wissenschaft.
- Berne, E. (2002). *Spiele der Erwachsenen. Psychologie der menschlichen Beziehungen*. Reinbek bei Hamburg: Rohwolt.
- Caspar, F. (2010). Wie allgemein ist Grawes „Allgemeine Psychotherapie“? *Psychotherapie im Dialog*, 1, 15-21. doi:10.1055/s-0029-1223487
- Eifert, G. H. (2011) *Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT)*. Göttingen: Hogrefe.
- Emmerson, G. (2003). *Ego state therapy*. Glasgow: Crown House.

- Fritzsche, K. & Hartman, W. (2010). *Einführung in die Ego-State-Therapie*. Heidelberg: Auer.
- Grawe, K. (1999). Gründe und Vorschläge für eine Allgemeine Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44, 350-359. doi:10.1007/s002780050190
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hellinger, B. (1996). *Ordnungen der Liebe: ein Kursbuch/Bert Hellinger*. Heidelberg: Auer.
- Jacob, G. & Arntz, A. (2015). *Schematherapie in der Praxis* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Köhler, T. (2000). *Das Werk Sigmund Freuds. Entstehung – Inhalt – Rezeption*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Krüger, M. (2014). Die Verknüpfung von Schematherapie mit Modellen der Kommunikationspsychologie. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 35 (2), 148-157.
- Nissen, L. & Sturm, M. (2014). Schematherapeutische Strategien bei Chronischer Emotionsvermeidung. Zum Konzept des „Emotionalen Resonanzraumes“. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin* 35 (3), 270-286.



120 Seiten (davon 37 farbig)
ISBN 978-3-95853-328-8
Preis: 15,- Euro

eBook:
ISBN 978-3-95853-329-5
Preis: 10,- Euro
(www.ciando.com)

Harald Klingemann

Sucht: Selbstheilung ist möglich

Sucht ist eine Herausforderung. Der Ausstieg gelingt in der Regel ohne professionelle Therapie. Professor FH Dr. Harald Klingemann hat Betroffene gefragt, wie ihnen die Selbstheilung gelungen ist. Drei Grundvoraussetzungen sind entscheidend:

- der dringende Wunsch, sich von der Sucht zu befreien,
- der dringende Wunsch, endlich offen Bilanz zu ziehen,
- der dringende Wunsch, Sinnhaftes zu erleben.

Welcher der vielen Wege führt aus der Sucht und welches persönlich sinnhafte Ziel ist erreichbar? Jeder und jede Betroffene berichtet Anderes. Keine Regel und keine Perspektive gilt für alle. Es gibt kein einziges Rezept. Jeder und jede Süchtige ist ein Unikat.

Betroffene schildern ausführlich verschiedenste kreative Strategien und Tricks, die zur Selbstheilung geführt haben: Kein Weg führte einfach geradeaus. Und gelegentlich folgten auf zwei Schritte vorwärts drei Schritte rückwärts. Der erste Versuch gelingt selten.

Die authentischen Berichte sind konkret: Sie gelten für Alkoholabhängige, Junkies, Raucher, Essgestörte, Glücksspieler. Wer sich selbst aus der Sucht befreien will, findet in dem anregend bebilderten Band eine Fülle ermutigender Informationen.



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28 · D-49525 Lengerich · Tel. +49 (0)5484 308 · Fax +49 (0)5484 550
 pabst.publishers@t-online.de · www.psychologie-aktuell.com · www.pabst-publishers.de

- Peled, O. (2016). A hierarchy of confrontational interventions facing 8 dysfunctional parent modes. *Schema Therapy Bulletin*, 4, 2-9.
- Roediger, E. (2016). *Schematherapie. Grundlagen, Modell und Praxis* (3. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Roediger, E. (2015). *Raus aus den Lebensfallen. Das Schematherapie-Patientenbuch* (2. Aufl.). Paderborn: Junfermann.
- Roediger, E. & Brehm, M. (2013). Psychotherapie ist ... das Beste aus verschiedenen Welten. Schematherapie als Beispiel einer assimilativen Integration. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 34 (3), 322-339.
- Rosen, S. (1996). *Die Lehrgeschichten von Milton H. Erickson*. Salzhausen: Iskopress.
- Roth, G. (2015). *Bildung braucht Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schacter, D. L. (1996). *Searching for memory. The brain and the mind and the past*. New York: Basic.
- Schmidt, G. (2004). *Liebesaffären zwischen Problem und Lösung – hypnosystemisches Arbeiten in schwierigen Kontexten*. Heidelberg: Auer.
- Schulz von Thun, F. (2008). *Miteinander reden, Band 3: Das „Innere Team“ und situationsgerechte Kommunikation, Kommunikation, Person, Situation*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Watkins, J. G. & Watkins, H. H. (2003). *Ego-States-Theorie und Therapie. Ein Handbuch*. Heidelberg: Auer.
- Weber, G. (1995). *Zweierlei Glück: die systemische Psychotherapie Bert Hellingers*. Heidelberg: Auer.
- Young, J. E. & Klosko, J. S. (2006). *Sein Leben neu erfinden. Wie Sie Lebensfallen meistern. Den Teufelskreis selbstschädigenden Verhaltens durchbrechen ... Und sich wieder glücklich fühlen*. Paderborn: Junfermann.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2005). *Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch*. Paderborn: Junfermann.
- Zeig, J. (2002). *Einzelunterricht bei Erickson – hypnotherapeutische Lektionen bei Milton H. Erickson*. Heidelberg: Auer.



DR. DIPL.-PSYCH. MATTHIAS KRÜGER
 PSYCHIATRISCHE TAGESKLINIK
 FRIEDRICHSHAFEN
 MERKURSTRASSE 3
 D-88046 FRIEDRICHSHAFEN
 E-MAIL:
 matthias.krueger@tagesklinik-fn.de