

DIE VERKNÜPFUNG VON SCHEMATHERAPIE MIT MODELLEN DER KOMMUNIKATIONSPSYCHOLOGIE

MATTHIAS KRÜGER

Psychiatrische Tagesklinik Friedrichshafen

ZUSAMMENFASSUNG: In dem Artikel wird ein methodisches Vorgehen vorgestellt, das das schematherapeutische Arbeiten mit den Modellen der Kommunikationspsychologie nach Schulz von Thun bereichert: Gemeinsam mit dem Patienten wird dessen „Moduslandkarte“ (Roediger, 2011) in Form des „Inneren Teams“ (Schulz von Thun, 2008) erstellt; in einem weiteren Schritt können die herausgearbeiteten und als solche benannten „Bewältigungstile und -modi“ jeweils in „Werte-Entwicklungs-Quadrate“ – ebenfalls ein Modell aus der Kommunikationspsychologie Schulz von Thuns – übersetzt werden. Der Gewinn der Kombination der beiden Ansätze liegt zum einen darin, dass dieses Vorgehen dem Therapeuten hilft, über die Visualisierung der angesprochenen Dynamiken „den Überblick“ über den therapeutischen Prozess zu bekommen und zu behalten; zum anderen ermöglicht die Einführung der Werte-Quadrate dem Patienten einen „verständnisvolleren Blick“ auf sich selbst, indem er sein dysfunktionales Copingverhalten als „die Übertreibung eines eigentlich guten Wertes“ annehmen kann. Auf diese Weise kann er aus destruktiven Mustern der Selbstabwertung aussteigen.

SCHLÜSSELWÖRTER: Schematherapie, Kommunikationspsychologie, Inneres Team, Leitfaden für den psychotherapeutischen Prozess

COMBINING SCHEMATHERAPEUTIC APPROACH AND COMMUNICATION PSYCHOLOGY MODELS

SUMMARY: In this article a method is presented to enrich the schematherapeutic approach with elements of the communication psychology according to Schulz von Thun: the therapist and the patient together create the patient's "modus-map" (Roediger, 2011) using the form of the "inner team" (Schulz von Thun, 2008); in the next step the "Coping-styles and -modi" can be translated in "value-development-squares" – also a model of Schulz von Thuns's communication psychology. The advantage of combining these therapeutic methods is that the therapist gets and maintains the survey over the therapeutic processes, as well as it enables the patient to understand and respect his dysfunctional coping behaviour as the exaggeration of a "basically good value". This enables him to quit self-humiliating patterns.

KEYWORDS: Schema Therapy, the inner team, value-development-squares, orientation in the psychotherapeutic process

SKIZZIERUNG DES SCHEMATHERAPEUTISCHEN ANSATZES

Die von Jeffrey Young (Young et al., 2005) entwickelte Schematherapie findet – gerade unter verhaltenstherapeutisch arbeitenden Psychotherapeuten – zunehmend Eingang in die klinische Praxis: Sie bereichert das verhaltenstherapeutische Arbeiten um Verstehensaspekte, die aus dem tiefenpsychologischen und bindungstheoretischen Ansatz kommen und um Interventionsaspekte, die hypno- und gestalt-, wie auch psychodramatische Elemente in das verhaltenstherapeutische Handeln einbeziehen. Sie erscheint als Modell plausibel und praktikabel und ist in ihren Grundzügen auch dem psychologischen und psychotherapeutischen Laien gut vermittelbar und eignet sich daher, mit dem Patienten gemeinsam ein nachvollziehbares Störungs- und auch Therapieverständnis zu entwickeln (Jacob & Arntz, 2011).

DAS SCHEMATHERAPEUTISCHE KRANKHEITS- UND STÖRUNGSVERSTÄNDNIS

Der schematherapeutische Ansatz geht von 5 Grundbedürfnissen aus, deren angemessene Befriedigung für das Führen eines im psychologischen Sinne gelingenden Lebens, den Aufbau psychologischer Überlebenskompetenz, Selbstwirksamkeit und Resilienz erforderlich ist: Dabei handelt es sich um die Bedürfnisse nach

- Bindung und Sicherheit,
- Autonomie,
- Validierung der Gefühle,

- Spontaneität und Spiel,
- Grenzen.

Werden diese oder Teile dieser Grundbedürfnisse nicht oder auf eine problematisch kontingente, unangemessene oder in einer für das Kind nicht annehmbaren Weise erfüllt, besteht die Gefahr, dass sich – entsprechend dieser frühen Erfahrungen – „Schemata“ entwickeln. Solche „Schemata“ können verstanden werden als ein Set von Wahrnehmungs-, Erlebens- und Verhaltensmustern, die für den Betroffenen die Funktion haben, sich in der vorgefundenen Lebenswelt zu orientieren, sich diese zu erklären und sich mit ihr zu arrangieren; da diese Schemata auch die „Brille“ darstellen, mit der die Welt gesehen wird, haben sie die Tendenz, sich selbst zu bestätigen und zu verfestigen.

Derzeit wird von 18 Schemata ausgegangen; das „derzeit“ deutet an, dass sich die Schematherapie als lernendes System begreift, das sich ständig versucht an der vorgefundenen klinischen Welt zu bewähren, die Stimmigkeit und therapeutische Nützlichkeit der postulierten Schemata zu überprüfen und entsprechend anzupassen.

Gemäß dem Therapieverständnis der Schematherapie gilt es, diese Schemata im therapeutischen Prozess als solche zu erkennen, zu benennen und durch spezifische Methoden (erlebnisaktivierende Methoden, hypnotherapeutische Methoden) und Haltungen (begrenzte Beelteilung) zu verändern und zu überwinden (Fassbinder et al., 2011); der Patient soll seine „Lebensfallen“ (Roediger, 2010) erkennen lernen und alternative Muster des Wahrnehmens, Erlebens und Verhaltens entwickeln.

Die Weiterentwicklung der Schematherapie arbeitet mit den „Schema-Modi“. Ein Schema-Modus kann verstanden werden als ein „Zustand“, den wir zu einem bestimmten Zeitpunkt einnehmen, der dann unser Wahrnehmen, Erleben und Handeln insgesamt organisiert und integriert. Er hat damit eine große Nähe zum Begriff der „Alltags-Trance“ des hypnosystemischen Ansatzes (Schmidt, 2004), mit der wir zu einem bestimmten Zeitpunkt und Situation der Welt begegnen und uns entsprechend in ihr verhalten.

Die von der Schematherapie postulierten Modi gliedern sich in „Eltern-Modi“ (strafend, kritisch, fürsorglich), in Kind-Modi (verlassen, trotzig, undiszipliniert, glücklich), sowie in die Bewältigungs-Modi (sich-fügend, unterwerfend, vermeidend, distanzierend und überkompensierend, kämpfend), die sich an den 3 basalen Überlebensstrategien des Sich-Totstellens, Flüchtens und Kämpfens orientieren. Bei dem Modus, der angemessen mit der Umwelt interagiert, sich flexibel auf diese einstellt und dabei seine Interessen und Bedürfnisse wahrt, spricht man vom „Gesunden Erwachsenen“.

Die „Bewältigungs-Modi“ (z.B. das Sich Unterordnen und Sich Fügen in eine Beziehung) helfen uns einerseits, in der von uns vorgefundenen und erlebten Welt zu überleben, indem sie die primären emotionalen Vorgänge (z.B. das Gefühl der Verlassenheit und Verlorenheit) in ihrem Leidpotential begrenzen; andererseits kann unserer „Gesunder Erwachsener“ in der Zeit, in der wir im Bewältigungs-Modus sind, nicht lernen, mit den belastenden Prozessen und Dynamiken umzugehen (zu moderieren, zu ertragen), so dass das „Kippen“ in den Bewältigungs-Modus Verarbeitung, Klärung und Reifung verhindert.

Arbeitet man nach dem Schema-Modi-Ansatz, gilt es, als erstes die Bewälti-

gungsmodi als solche zu erkennen und „von ihnen loszukommen“ („hinter die Mauer schauen“), um damit die Grundlage für die Veränderung der inneren Dynamik zu schaffen; als zweiten Schritt gilt es, die strafenden elterlichen Modi in ihrer (destruktiven) Macht zu begrenzen und umzubewerten und die Kind-Modi zu versorgen; schließlich soll die Instanz des „Gesunden Erwachsenen“ gestärkt werden.

DAS MODELL DES „INNEREN TEAMS“ NACH SCHULZ VON THUN

Die Methode des „Inneren Teams“ nach Schulz von Thun eignet sich in besonderer Weise, diese „Modus-Landkarte“ gemeinsam mit dem Patienten auf transparente Weise zu entwickeln. Das „innere Team“ nach Schulz von Thun (siehe dazu auch Krumbier, 2013) soll unsere inneren Anteile, unsere innere Pluralität, abbilden. In der Metapher der Fußballmannschaft wird von „Stammspielern“ gesprochen, die zu unserem „Standard-Repertoire“ gehören und solchen, die nur manchmal zum Einsatz kommen; oder in der Metapher des „Theaters“ von solchen, die in bestimmten Szenen auf der Bühne stehen, ansonsten im Hintergrund bleiben, von Haupt- und Nebenrollen, von Clowns, Bösewichten und tragischen Figuren. Das Modell verdeutlicht, dass wir, je nach innerer Gestimmtheit und äußerer Situation, jeweils unterschiedliche Teammitglieder in unterschiedlicher Präsenz und Gewichtung „bei uns haben“. Unser „Inneres Team“ ist unterschiedlich „aufgestellt“, je nachdem, ob wir uns in einem wichtigen beruflichen Termin oder beim Nachbarn beim gemeinsamen Grillen befinden: Der Stammspieler „Selbstzweifler“ kann vielleicht in beiden Situationen „mit von der Partie sein“. In dem professionellen Termin ist er vermutlich

deutlicher spürbar und ist in einem anderen Ensemble (mit dem „Ängstlichen“, dem „der im Beruf etwas erreichen will“, dem „Leistungsbezogenen“) gegenüber der Situation auf der Grillparty, wo sich das innere Teammitglied „Selbstzweifler“ umgeben sieht von dem „Genussmenschen“ oder dem „verspielten Jungen“. Dabei ist der sonst so dominante und das Leben beschwerlich machende „Selbstzweifler“ zwar „immer noch da“, aber doch eher an den Rand gedrängt und weniger das Erleben in der Situation bestimmend.

Das Modus-Modell der Schematherapie lässt sich mit dem Modell des Inneren Teams gut verknüpfen: Die Idee der „Anteile“ und der „Pluralität in uns“, sowie die Visualisierung derselben in Form des Inneren Teams ermöglichen es im Dialog mit dem Patienten, seine innere Dynamik und seine Bewältigungsmodi im schematherapeutischen Sinne zu verstehen. Diese Form der „Psychoedukation“, sich selber in seinem Erleben und Handeln verstehen zu lernen, ist ein zentraler Bestandteil der Schematherapie. Das Modell des Inneren Teams kann dabei als „Lernhilfe“ und -methode sehr hilfreich sein. Die inneren Dynamiken und die gelebten Bewältigungsstile können auf diese Weise klarer benannt und im Sinne Schulz von Thuns als „zum inneren Team gehörig“ verstanden werden.

In einem zweiten Schritt können die „Bewältigungsmodi“ in „Werte-Entwicklungs-Quadrate“ übersetzt werden: Dort sind sie dann – im Verständnis dieses Modells aus der Schulz von Thun'schen Kommunikationspsychologie – die aus der Balance geratenen „Übertreibungen“ eines dienlichen Grundwertes. Je mehr es gelingt, sie wieder in Balance zu bringen, desto eher verlieren sie den Problem aufrechterhaltenden Charakter eines Bewältigungsmodus und werden stattdessen zu einem bereichernden Bestandteil des

Handlungsrepertoires des „Gesunden Erwachsenen“.

FALLBEISPIEL

Frau N., allein lebend, 2 erwachsene Kinder; sie ist die ältere von 2 Töchtern; sie beschreibt ihre Eltern als fleißig, zwar für die Kinder sorgend, aber wenig in der Lage, emotionale Wärme und das Gefühl des „Wichtig-Seins“ zu vermitteln; sie sieht sich als von Anfang an „auf das Funktionieren getrimmt“; auf von ihr gespürte und auch formulierte Neigungen und Interessen wird nicht eingegangen; sie erlebt sich in ihrer Ursprungsfamilie als wenig unterstützt, wenig geborgen und gehalten; sie will als Teenagerin bald aus dem Haus; ihr Berufsziel „Sprachen lernen“, um damit entweder im Ausland zu arbeiten oder in den Lehrberuf zu gehen, setzt sie nicht um; statt dessen folgt sie ihrer ersten Jugendliebe ins Ausland, heiratet, bekommt zwei Kinder; die Ehe kriselt und der Mann entwickelt ein Alkoholproblem: andere Beziehungen folgen – ebenfalls mit Männern, die ein Suchtproblem aufweisen und oder psychisch sehr labil und „schwach“ sind; sie trennt sich, lebt allein erziehend und bewältigt die Doppelbelastung von Kindererziehung und Berufstätigkeit; beide Kinder gehen einen sehr erfolgreichen Weg; sie selbst entwickelt zunehmend psychische Probleme (Depressionen, Erschöpfungszustände, Essstörungen) und begibt sich in ambulante, mehrfach auch in stationäre psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung.

ERLÄUTERUNG

Als Kind-Modi prädoppiert das unsichere, sich verloren fühlende, allein gelassene und in seinen Bedürfnissen nicht

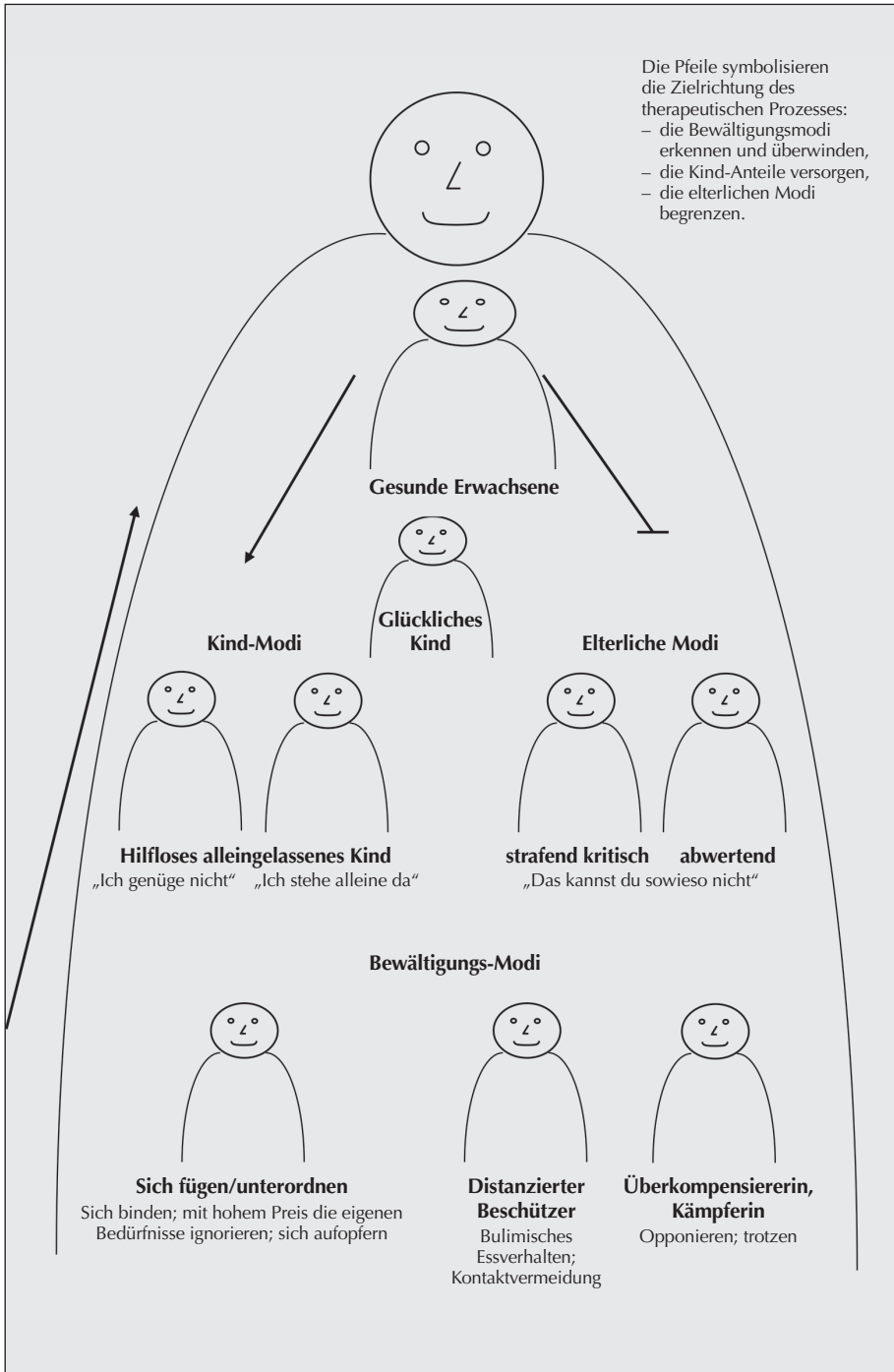


Abbildung 1: Die mit Frau N. erarbeitete Modus-Landkarte in Form des inneren Teams

gesehene Kind, das sich nach Gehalten-Werden und Gebundensein sehnt. Die wirksamen Eltern-Modi können charakterisiert werden mit den Sätzen „nimm dich selber nicht so wichtig“; „das kannst du doch nicht“; „mach einfach deinen Job“ und „stell dich nicht so an“.

DIE ZENTRALEN BEWÄLTIGUNGSMODI

Sich fügen/unterordnen: Frau N. gab sich in der Beziehung zu ihren Partnern selbst auf: Der „Gewinn“ für sie bestand darin, sich subjektiv in Bindungen zu erleben, die für sie sicher waren und in denen sie die Kontrolle hatte und wenig Sorge und Angst entwickeln musste, verlassen zu werden und sich wieder – analog zu ihrem primären Gefühl – „verloren und alleingelassen“ zu erleben.

Distanzierter Beschützer/Distanzierter Selbstberuhiger: Die Essstörung, das abendliche „In-sich-Hineinfüttern“ bis hin zu Phasen einer manifesten bulimischen Störung.

Überkompensierer: Frau N. beschreibt vor allem im beruflichen Kontext, aber manchmal auch im Umgang mit Bekannten eine „komplette Verweigerung“, eine Trotzhaltung, in der es ihr um das „Prinzip des erstmal Dagegenseins“ geht. Dies kann als überkompensierender Bewältigungsmodus für das primäre Bedürfnis nach Anerkennung und damit dem Gefühl des „Sich sicher Fühlens in der Gruppe“ gesehen werden.

Gesunde Erwachsene: Frau N. lebt alleine und sorgt für ihren Lebensunterhalt; sie war und ist immer für ihre Kinder da; sie ist kulturell interessiert und aktiv, kann Kontakte knüpfen, bringt sich konstruktiv in Gruppen ein, ist gefragte Gesprächspartnerin für die „Nöte“ ihrer Mitmenschen.

Glückliches Kind: Diese Instanz, bzw. dieser Modus wird von Frau N. selten

gezeigt und gelebt; sie bemerkt, wie sie aufkommende Tendenzen (z.B. die Lust, einen Drachen steigen zu lassen) selbst im Sinne eines kritischen und strafenden Eltern-Modus abwürgt und nicht gelten lassen kann.

DER „ROTE FADEN“ IN DER THERAPIE

In der Schematherapie wird von 4 Schritten gesprochen (Jakob & Arntz, 2011):

HINTER DIE MAUER SCHAUEN

Es gilt, die Bewältigungsmodi als solche zu erkennen und zu benennen. Des Weiteren gilt es, deutlich zu machen, dass diese Bewältigungsmodi uns zwar ein „Überleben“ und „Überstehen“ als „Notprogramm“ ermöglichen, dass wir in unserer Entwicklung jedoch stagnieren, wenn wir in diesen Modi verharren bzw. die „Notlösung“ zum „Dauer-Arrangement“ machen. Wir sollten – soweit das möglich ist – „von ihnen lassen“, um damit die Voraussetzungen zu schaffen, dass unser „Gesunder Erwachsener“ mit den primären Dynamiken umzugehen lernt (regulieren, aversive Gefühle aushalten lernen). Der Gesunde Erwachsene kann diese Kompetenzen nicht entwickeln, wenn niedrigschwellig auf die Bewältigungsmodi ausgewichen wird.

DIE ELTERLICHEN MODI IN IHRER DESTRUKTIVITÄT BEGRENZEN

Dieser Schritt ist erforderlich, weil latente, dysfunktionale Glaubenssätze und Selbstkommentierungen, die sich aus den strafenden, kritischen und entmutigenden Eltern-Modi ergeben („das steht dir nicht zu“, „das schaffst du nicht“) die the-

rapeutischen Bemühungen torpedieren und ins Leere laufen lassen können. Daher ist die „Entmachtung“ derselben Voraussetzung, damit Neues entstehen kann.

DIE KIND-MODI VERSORGEN

Über die therapeutische Beziehung (begrenzte Beelterung) und spezielle Interventionen (Stühlearbeit, Rescription) gilt es, „dem allein gelassenen Kind“ beizustehen, dem sich als ungenügend erlebenden Kind Mut zu machen, zu trösten, oder auch das trotzige und undisziplinierte Kind zu begrenzen.

DIE „GESUNDE ERWACHSENE“ SOLL UNTERSTÜTZT UND GEFÖRDERT WERDEN

Diese Instanz soll im Laufe des therapeutischen Prozesses die genannten ersten drei Schritte zunehmend übernehmen und so dafür sorgen, dass das „Tappen in die Lebensfallen“ immer seltener geschieht und die neu entwickelten Verhaltensweisen und der konstruktivere Umgang mit sich selbst gegenüber den alten Mustern an Einfluss gewinnen.

Der therapeutische Weg lässt sich im Schaubild und im therapeutischen Prozess mit dem Patienten als ein Weg von „unten“ (Erkennen und Markieren der Bewältigungsstile) nach „oben“ (Arbeiten an den primären Emotionen, Stärken des „Gesunden Erwachsenen“, dem „glücklichen Kind“ Raum geben) beschreiben. Therapeut und Patient können überprüfen, welche Schritte anstehen und welche Verhaltensweisen wie eingeordnet und verstanden werden können. Nach Einführung und Erläuterung der therapeutischen Modelle und Begriffe durch den Therapeuten wird die individuelle Mo-

du-Landkarte dialogisch erstellt: Die „inneren Teammitglieder“ werden charakterisiert und anhand konkreter Situationen wird analysiert, welcher Modus (bzw. welches Mitglied des Inneren Teams) sich auf welche Weise zeigt und welche inneren und äußeren Ereignisse ihn „auf den Plan rufen“.

DAS ÜBERSETZEN DER BEWÄLTIGUNGSMODI IN „WERTE-ENTWICKLUNGS- QUADRATE (WEQ)“

Der Kern des WEQ-Modells in der Kommunikationspsychologie besteht darin, zu jedem „Wert“ einen „Geschwister-Wert“ zu entwickeln, der dafür sorgt, dass eine „Balance“ gehalten wird. Jeder Wert wird zum „Un-Wert“, wenn er übertrieben und nicht gegenreguliert wird. Viele Bewältigungsmodi können auf diese Weise verstanden werden als nicht regulierte, aus der Balance geratene Werte-Orientierungen.

Im skizzierten Fallbeispiel lassen sich zwei solche Werte-Entwicklungs-Quadrate aus den erkannten Bewältigungsstilen erarbeiten:

Die eigenen Interessen und Bedürfnisse ignorieren, sich für den anderen aufopfern, um damit Anerkennung und sicheres Gebundensein zu erreichen; dies kann als eine aus der Balance geratene Übertreibung des Wertes „den anderen und seine Bedürfnisse im Blick haben“ gesehen werden; diesen gilt es auszubalancieren mit dem Wert „sich selbst mit seinen Bedürfnissen im Blick haben“; auch dieser Wert gerät ohne Gegenregulierung in seine Übertreibung in Form einer Ich-bezogenen Abkapselung, in der Frau N. nicht mehr für Ansprache und Kontakt empfänglich erscheint und „zu macht“; beide aus der Balance geratene Werte führen – auf unterschiedli-

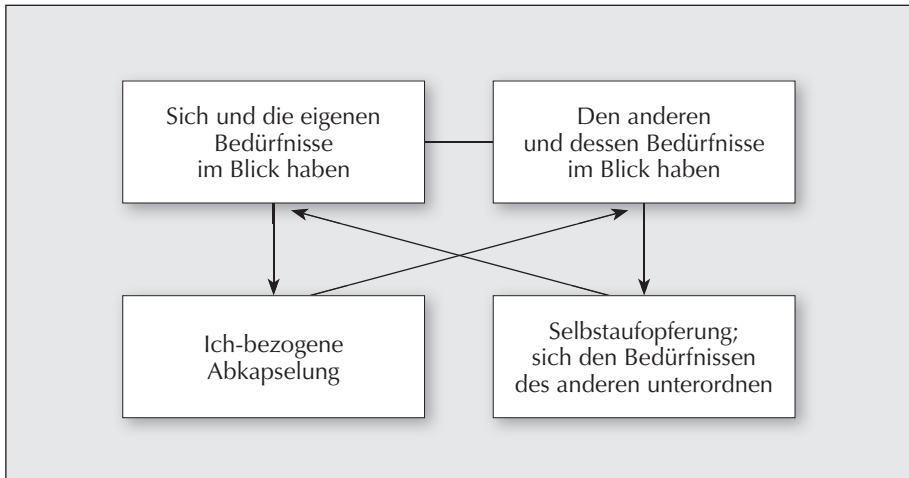


Abbildung 2: Werte-Entwicklungs-Quadrat 1: Sich selbst im Blick haben versus den anderen im Blick haben

chen Wegen – zu einer depressiven Entwicklung.

Der zweite Bewältigungsstil, der sich in ein Werte-Entwicklungs-Quadrat überführen lässt, ist ihre „Verweigerungshaltung“, ihr „Opponieren und Trotzen“, mit dem sie reagiert, wenn sie sich mit Anforderungen und Erwartungen gerade

im beruflichen Kontext konfrontiert sieht; diese Haltung kann als der aus der Balance geratene Wert des „Kritischen Prüfens“ verstanden werden; diesen gilt es gegen zu regulieren mit dem Wert der „Offenheit für Herausforderungen“; dieser wiederum birgt ohne Gegenregulation die Gefahr zu einer Selbstüberforderung zu

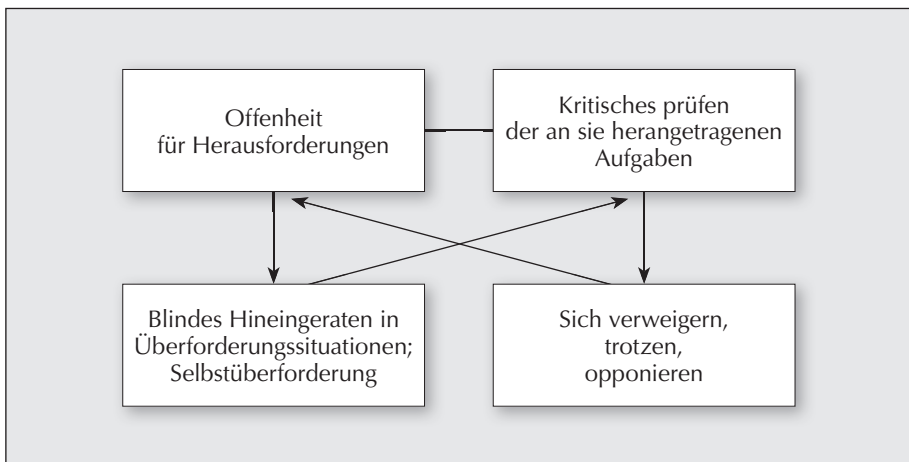


Abbildung 3: Werte-Entwicklungs-Quadrat 2: Offen sein für Herausforderungen versus Kritisches prüfen derselben

werden; auch bei diesem zweiten WEQ bewegt sich Frau N. – so die rückblickende Analyse ihrer zurückliegenden Beschäftigungsverhältnisse – eher dichotom in den jeweiligen „Übertreibungen“, weil ihr das Ausbalancieren der beiden „guten Werte“ schwer fällt.

Das Erstellen und Visualisieren der beiden Werte-Entwicklungs-Quadrate verdeutlicht die „Fallen“, das heißt die „Übertreibungen“, die es zu vermeiden und den jeweils „diagonalen Weg“, den es therapeutisch zu gehen gilt, wenn die Werte „aus der Balance geraten“ sind und man erneut in einer Übertreibung „feststeckt“.

SKIZZIERUNG DES WEITEREN THERAPEUTISCHEN PROZESSES BEI FRAU N.

Zentral erwies sich für Frau N. das Bemerkten und Einordnen häufig gezeigter Verhaltens- und Erlebensweisen als Bewältigungsmodi im oben erläuterten Sinne. Gezielt konnte mit Frau N. erarbeitet werden, welche schwer aushaltbaren Gefühle sie jeweils veranlassen haben, „in die Modi zu kippen“; die wichtigste Rolle nahmen dabei die Gefühle des „Nicht verstanden Werdens“ und des „Nicht für ernst genommen Werdens“ ein. Über Selbstbeobachtungs- und Selbst-gewahrwerden- Aufgaben (McKay et. al., 2013), war es Frau N. zunehmend möglich, in eine „Satelliten-Position“ sich selbst gegenüber zu kommen und zu bemerken, wann sie Gefahr lief, nicht mehr „erwachsen“ zu reagieren, sondern Gefahr zu laufen, erneut in ihre automatisierten Muster aus dem Repertoire ihrer Bewältigungs-Modi zu geraten (willfähiges Geschehenlassen, sich fügen oder trotziges Sich-Verweigern). Als „Alternative“ entwickelte Frau N. zunehmend die Akzeptanz, dass das Gefühl des „Sich nicht ver-

standen Fühlens“ und des Erlebens, „dass der Gegenüber mir nicht wirklich zuhört und mich ernst nimmt“ zum Erwachsenenleben gehören (was als „Stärkung der Position des Gesunden Erwachsenen“ verstanden werden kann), dass diese Gefühle aber nicht notwendigerweise das Selbstwelterleben mindern müssen. Frau N. gelang es in immer mehr Situationen, diese Gefühle als „aushaltbar und vergänglich“ zu erleben; hilfreich waren dafür Methoden aus der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (Eifert, 2011). Achtsamkeitsübungen halfen Frau N., „bei der Beschreibung zu bleiben, ohne zu bewerten und zu deuten“ und „das Gefühl wahrzunehmen, aber nicht mit ihm zu fusionieren“. Das Aushalten und Ertragen dieser aversiven Gefühle gelang umso eher als ihr „Gesunder Erwachsener“ in der Lage war, sich nicht auf das Bekämpfen dieser Gefühle zu fixieren, sondern sich den Aspekten der Situation zuzuwenden, die von ihr gestaltbar sind. Beispielhaft war dafür ihr Reagieren in einem für sie anstrengenden Kontakt mit ihrem Fallmanager. In der Metapher des vorgestellten Modells ausgedrückt: Das nicht gewürdigte und sich verloren fühlende Kind in ihr „machte sich zwar bemerkbar“, konnte jedoch von ihrer „Gesunden Erwachsenen“ besser getröstet werden. Das ermöglichte es ihr, im Gespräch gelassen zu bleiben und ein gutes Ergebnis zu erzielen.

FAZIT

Die Verbindung von Schematherapie und Modellen der Kommunikationspsychologie nach Schulz von Thun eignet sich, im therapeutischen Prozess die Störungsdynamik verstehbar und transparent zu machen. Die Visualisierung dessen dient zum einen dazu, den „roten Faden“ in der Therapie zu entwickeln und zu behalten.

Zum anderen ist diese Visualisierung und das im therapeutischen Prozess kontinuierliche Weiterentwickeln des so ausgestalteten Störungs- und Therapiemodells selbst eine Form der therapeutischen Intervention, indem sie dem Patienten hilft, sich selbst besser zu verstehen und zunehmend eine Idee des „therapeutischen Weges“ zu entwickeln, der aus den Probleme aufrechterhaltenden Mustern herausführt.

Die Einführung der Werte-Entwicklungs-Quadrate kann das schematherapeutische Vorgehen dabei nicht nur pragmatisch, sondern auch inhaltlich bereichern: In den Worten der Schematherapie formuliert, bekommt der „Gesunde Erwachsene“ mit dem Werte-Entwicklungs-Quadrat ein Instrument in die Hand, das es ihm ermöglicht, wohlwollender mit sich selbst umzugehen; er kann auf sich mit größerem Selbst-Verständnis und Selbst-Respekt schauen und so eher aus destruktiven Dynamiken und Musterwiederholungen aussteigen.

LITERATUR

- Eifert, G. H. (2011). *Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT)*. Göttingen: Hogrefe.
- Fassbinder, E., Schweiger, U. & Jacob, G. (2011). *Therapie-Tools Schematherapie*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Jakob, G. & Arntz, A. (2011). *Schematherapie in der Praxis*. Weinheim: Beltz.
- Krumbier, D. (2013). *Das innere Team in der Psychotherapie – Methoden- und Praxisbuch*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- McKay, M., Lev, A. & Skeen, M. (2013). *ACT Schematherapie*. Lichtenau/Westf. Probst.
- Roediger, E. (2010). *Raus aus den Lebensfällen – Das Schematherapie-Patientenbuch*. Paderborn: Junfermann.
- Roediger, E. (2011). *Praxis der Schematherapie – Lehrbuch zu Grundlagen, Modell und Anwendung*. Stuttgart: Schattauer.
- Schmidt, G. (2004). *Liebesaffären zwischen Problem und Lösung – Hypnosystemisches Arbeiten in schwierigen Kontexten*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Schulz von Thun, F. (2008). *Miteinander reden: 2, Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung, Differentielle Psychologie der Kommunikation*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Schulz von Thun, F. (2008). *Miteinander reden: 3, Das „Innere Team“ und situationsgerechte Kommunikation, Kommunikation, Person, Situation*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2005). *Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch*. Paderborn: Junfermann.

DR. RER. SOC. DIPL.-PSYCH.

MATTHIAS KRÜGER

PSYCHIATRISCHE TAGESKLINIK

FRIEDRICHSHAFEN

MERKURSTRASSE 3

D-88046 FRIEDRICHSHAFEN

E-MAIL:

matthias.krueger@tagesklinik-fn.de