

Psychotherapie kompakt

Hrsg. von Heinrichs, Rosner, Seidler, Stieglitz, Strauß

Matias Valente/Eckhard Roediger

Schematherapie

Kohlhammer

Kohlhammer

Die Autoren



Dr. sc. hum. Matias Valente, Psychologischer Psychotherapeut. Aufbau des Schematherapie-Programms der Psychosomatischen Abteilung des Klinikums am Weissenhof in Weinsberg, bis 2019 dort Ltd. Psychologe. In eigener Praxis in Schwäbisch Hall niedergelassen sowie als Dozent und Supervisor für Verhaltenstherapie und Schematherapie tätig. Co-Leitung des Stuttgarter Instituts für Schematherapie (IST-S).



Dr. med. Eckhard Roediger, Neurologe, Psychiater und Arzt für Psychotherapeutische Medizin, Ausbildungen in tiefenpsychologischer und Verhaltenstherapie. Vormalig Aufbau und Leitung der Psychosomatischen Abteilung am Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe in Berlin, seit 2007 niedergelassen in Frankfurt/Main und als Dozent und Supervisor für Verhaltenstherapie und Schematherapie tätig. Mitglied des Gründungsvorstandes der Internationalen Gesellschaft für Schematherapie (ISST), ehem. deren Präsident. Leiter des Frankfurter Instituts für Schematherapie (IST-F).

Matias Valente
Eckhard Roediger

Schematherapie

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Pharmakologische Daten verändern sich ständig. Verlag und Autoren tragen dafür Sorge, dass alle gemachten Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Eine Haftung hierfür kann jedoch nicht übernommen werden. Es empfiehlt sich, die Angaben anhand des Beipackzettels und der entsprechenden Fachinformationen zu überprüfen. Aufgrund der Auswahl häufig angewendeter Arzneimittel besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

Dieses Werk enthält Hinweise/Links zu externen Websites Dritter, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat und die der Haftung der jeweiligen Seitenanbieter oder -betreiber unterliegen. Zum Zeitpunkt der Verlinkung wurden die externen Websites auf mögliche Rechtsverstöße überprüft und dabei keine Rechtsverletzung festgestellt. Ohne konkrete Hinweise auf eine solche Rechtsverletzung ist eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten nicht zumutbar. Sollten jedoch Rechtsverletzungen bekannt werden, werden die betroffenen externen Links soweit möglich unverzüglich entfernt.

1. Auflage 2020

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-035980-2

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-035981-9

epub: ISBN 978-3-17-035982-6

mobi: ISBN 978-3-17-035983-3

Geleitwort zur Reihe

Die Psychotherapie hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich gewandelt: In den anerkannten Psychotherapieverfahren wurde das Spektrum an Behandlungsansätzen und -methoden extrem erweitert. Diese Methoden sind weitgehend auch empirisch abgesichert und evidenzbasiert. Dazu gibt es erkennbare Tendenzen der Integration von psychotherapeutischen Ansätzen, die sich manchmal ohnehin nicht immer eindeutig einem spezifischen Verfahren zuordnen lassen.

Konsequenz dieser Veränderungen ist, dass es kaum noch möglich ist, die Theorie eines psychotherapeutischen Verfahrens und deren Umsetzung in einem exklusiven Lehrbuch darzustellen. Vielmehr wird es auch den Bedürfnissen von Praktikern und Personen in Aus- und Weiterbildung entsprechen, sich spezifisch und komprimiert Informationen über bestimmte Ansätze und Fragestellungen in der Psychotherapie zu beschaffen. Diesen Bedürfnissen soll die Buchreihe »Psychotherapie kompakt« entgegenkommen.

Die von uns herausgegebene neue Buchreihe verfolgt den Anspruch, einen systematisch angelegten und gleichermaßen klinisch wie empirisch ausgerichteten Überblick über die manchmal kaum noch überschaubare Vielzahl aktueller psychotherapeutischer Techniken und Methoden zu geben. Die Reihe orientiert sich an den wissenschaftlich fundierten Verfahren, also der Psychodynamischen Psychotherapie, der Verhaltenstherapie, der Humanistischen und der Systemischen Therapie, wobei auch Methoden dargestellt werden, die weniger durch ihre empirische, sondern durch ihre klinische Evidenz Verbreitung gefunden haben. Die einzelnen Bände werden, soweit möglich, einer vorgegeben inneren Struktur folgen, die als zentrale Merkmale die Geschichte und Entwicklung des Ansatzes, die Verbindung zu anderen Methoden, die empirische und klinische

Evidenz, die Kernelemente von Diagnostik und Therapie sowie Fallbeispiele umfasst. Darüber hinaus möchten wir uns mit verfahrensübergreifenden Querschnittsthemen befassen, die u. a. Fragestellungen der Diagnostik, der verschiedenen Rahmenbedingungen, Settings, der Psychotherapieforschung und der Supervision enthalten.

Nina Heinrichs (Bremen)

Rita Rosner (Eichstätt-Ingolstadt)

Günter H. Seidler (Dossenheim/Heidelberg)

Carsten Spitzer (Rostock)

Rolf-Dieter Stieglitz (Basel)

Bernhard Strauß (Jena)

Die Buchreihe wurde begründet von Harald J. Freyberger, Rita Rosner, Ulrich Schweiger, Günter H. Seidler, Rolf-Dieter Stieglitz und Bernhard Strauß.

Inhalt

	Geleitwort zur Reihe	5
1	Ursprung des Verfahrens	13
1.1	Jeffrey Young und der Weg von der traditionellen kognitiven Verhaltenstherapie zur Schematherapie.....	13
1.2	Die moderne Schematherapie.....	14
2	Verwandtschaft mit anderen Verfahren	16
2.1	Kognitive Therapie	16
2.2	Verhaltenstherapie.....	17
2.3	Psychodynamische Therapie.....	17
2.4	Gestalttherapie	18
2.5	Achtsamkeitsbasierte Therapien und »dritte Welle« der Verhaltenstherapie	19
3	Wissenschaftliche und therapietheoretische Grundlagen	21
3.1	Emotionale Grundbedürfnisse	21
3.1.1	Emotionale Grundbedürfnisse nach J. Young.....	22
3.1.2	Das Modell von Klaus Grawe	23
3.1.3	Emotionale Grundbedürfnisse aus einer dimensional Perspektiv: Bindung und Selbstbehauptung	24
3.2	Emotionsgeneration und -regulation.....	28
3.2.1	Was sind Emotionen?	28

3.2.2	Basisemotionen und das evolutionspsychologische Model von Paul Ekman.....	29
3.2.3	Neurobiologische Aspekte.....	30
3.2.4	Psychologische Modelle.....	33
3.3	Die Biologie frühkindlicher Erfahrungen.....	35
3.4	Mentalisierung, soziales Lernen und Empathie... ..	36
3.5	Das Attraktorenmodell und der Beitrag der Synergetik.....	37
3.6	Die Lerntheorie der Schemaentstehung.....	39
3.7	Frühe maladaptive Schemata.....	41
3.7.1	Emotionale Entbehrung.....	44
3.7.2	Verlassenheit und Instabilität.....	45
3.7.3	Misstrauen und Missbrauch.....	45
3.7.4	Unzulänglichkeit und Scham.....	46
3.7.5	Soziale Isolation und Entfremdung.....	46
3.7.6	Abhängigkeit und Inkompetenz.....	47
3.7.7	Verletzbarkeit.....	47
3.7.8	Verstrickung und Unentwickeltes Selbst.....	48
3.7.9	Versagen/Erfolglosigkeit.....	48
3.7.10	Anspruchshaltung/Grandiosität.....	49
3.7.11	Unzureichende Selbstkontrolle.....	49
3.7.12	Unterordnung/Unterwerfung.....	50
3.7.13	Selbstaufopferung.....	50
3.7.14	Streben nach Zustimmung und Anerkennung.....	51
3.7.15	Emotionale Gehemmtheit.....	51
3.7.16	Überhöhte Standards.....	52
3.7.17	Negatives Hervorheben.....	52
3.7.18	Strafneigung.....	53
3.8	Unkonditionale und konditionale Schemata.....	53
3.9	Relevanz des Schemamodells in der klinischen Praxis.....	54
3.10	Schema-Bewältigungsreaktionen.....	56
3.10.1	Das Problem mit dem Konzept von Bewältigungsstilen.....	57
3.11	Schema-Modi.....	58

3.11.1	Das Modusmodell in der »gesunden Persönlichkeit«	62
3.11.2	Kindmodi	64
3.11.3	Elternmodi (»kritische Modi«)	68
3.11.4	Bewältigungsmodi.....	71
3.12	Das dimensionale Verständnis des Modusmodells...	77
3.12.1	Internalisierende Persönlichkeiten	79
3.12.2	Externalisierende Persönlichkeiten	81
3.13	Der integrative Modus des gesunden Erwachsenen...	82
3.14	Schematherapie und die 3. Welle der Verhaltenstherapie.....	84
3.14.1	Das Modell der Acceptance and Commitment Therapy (ACT)	84
3.14.2	Der Erwachsenenmodus aus einer ACT-Perspektive	86
4	Kernelemente der Diagnostik.....	89
4.1	Anamnese, klinische Diagnostik und wichtigste Problembereiche	90
4.2	Lebensfällen (»life patterns«).....	90
4.3	Lebensgeschichte und prägende biografische Bilder.....	91
4.3.1	Erhebung biografischer Daten	92
4.4	Schemata, Schemabewältigung und Modi	94
4.5	Grafische Darstellung des Modusmodells.....	95
4.5.1	Deskriptive Modelle.....	96
4.5.2	Dynamische Modelle.....	97
4.6	Therapieziele und Behandlungsplanung	99
4.6.1	Reduktion dysfunktionaler Bewältigung.....	100
4.6.2	Entmachtung kritischer Modi.....	101
4.6.3	Selbstfürsorglicher Umgang mit Kindmodi	103
4.6.4	Stärkung des gesunden Erwachsenen	105
5	Kernelemente der Behandlung.....	106
5.1	Allgemeine therapeutische Wirkfaktoren	106
5.2	Emotionale Aktivierung und Toleranzfenster	109
5.2.1	Herunterregulation bei Übererregung	110

5.2.2	Aktivierung bei Untererregung	111
5.3	Psychoedukation und Vermittlung des Modells ...	111
5.4	Ist eine Stabilisierungsphase notwendig?.....	112
5.5	Therapeutische Grundhaltung in der Schematherapie.....	113
5.6	Behandlungsstruktur	114
5.7	Konkretes Vorgehen und Sitzungsaufbau.....	117
5.7.1	Inhalts- und Prozessebene.....	119
5.8	Übungen in der Schematherapie.....	120
5.8.1	Interventionsspektrum	121
5.9	Imaginationstechniken	122
5.9.1	Ziele der Imaginationsarbeit	123
5.9.2	Die besondere Sprache der Imagination	125
5.9.3	Imaginatives Überschreiben (imagery rescripting)	126
5.10	Modusdialoge auf Stühlen	132
5.10.1	Ziele der Arbeit mit Stühlen.....	133
5.10.2	Praktische Empfehlungen	136
5.10.3	Die besondere Sprache der Modus-Dialoge... ..	137
5.10.4	Zwei-Stühle-Technik.....	138
5.10.5	Stühle-Übungen bei internalisierender Modusdynamik.....	145
5.10.6	Stühle-Übungen bei externalisierender Modusdynamik.....	149
5.10.7	Arbeit mit Symbolen, Modus-Karten und echten Fotos.....	151
5.10.8	Stühle-Arbeit vor einem Ganzkörperspiegel.....	151
5.11	ACT-Strategien und das Training des Erwachsenenmodus	152
5.11.1	Der Erwachsenenmodus als Beobachter.....	152
5.11.2	Der Erwachsenenmodus und die Freiheit von innerer aversiver Kontrolle.....	154
5.11.3	Der Erwachsenenmodus und tatkräftiges Handeln	155
5.12	Verwendung von Arbeitsblättern.....	158
5.13	Kognitive Techniken	159
5.14	Verhaltensbezogene Interventionen	160

6	Klinisches Beispiel	161
6.1	Fallkonzeption.....	161
6.2	Diagnostik und Modusbewusstsein	167
6.3	Imaginationsarbeit und Traumabehandlung.....	171
6.4	Konkrete Veränderungen.....	174
6.5	Behandlungsbeendigung	175
7	Indikation und Hauptanwendungsgebiete	176
7.1	Wie relevant ist Schematherapie im psychotherapeutischen Alltag?.....	176
7.2	Kombinierte Behandlung von Persönlichkeits- und Achse-I-Störungen	177
7.3	Störungsspezifizität und prozessorientiert- transdiagnostisches Vorgehen	177
8	Settings	179
8.1	Ambulante Einzelpsychotherapie	179
8.2	Gruppentherapie (GST)	179
8.3	Schematherapie mit Paaren (ST-C).....	180
8.4	Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen (ST-CA).....	181
8.5	Teil- und vollstationäre Schematherapie	181
9	Therapeutische Beziehung	183
10	Evidenz	186
11	Institutionelle Verankerung und Infos zur Aus-, Fort- und Weiterbildung	188
	Literatur	190
	Sachwortverzeichnis	197

1 Ursprung des Verfahrens

1.1 Jeffrey Young und der Weg von der traditionellen kognitiven Verhaltenstherapie zur Schematherapie

Die Schematherapie wurde von Jeffrey Young in den USA entwickelt. Young studierte Psychologie und bildete sich zunächst als Verhaltenstherapeut bei Joseph Wolpe weiter. Anschließend promovierte er unter der Leitung von Aaron Beck und absolvierte dabei sein Training als Kognitiver Therapeut an Becks Institut für kognitive Verhaltenstherapie in New York, um anschließend dessen Direktor für Forschung und Lehre zu werden. Insbesondere während der Arbeit mit Patienten mit chronifizierten depressiven Störungen und Ängsten, sah er sich mit den Grenzen der traditionellen kognitiven Verhaltenstherapie konfrontiert, welche keine anhaltende Besserung zu erzielen schien. Young gründete aus diesem Grund eine Arbeitsgruppe, um sich diesen Patienten zu widmen und entwickelte die Hypothese, dass die Schwierigkeiten bei der Behandlung solcher Patienten zum größten Teil auf komorbide »charakterologische Probleme« (heute Persönlichkeitsstörungen) zurückzuführen waren. Young und sein Team versuchten zunächst, handlungs- und situationsübergreifende Muster herauszuarbeiten und erweiterten das im Rahmen der kognitiven Therapie bekannte Konzept der Grundannahmen oder -überzeugungen. Dabei entstand das für die Schematherapie zentrale Konzept von frühen maladaptiven Schemata, definiert als ein *»weit gestecktes und umfassendes Thema oder Muster, welches in der Kindheit oder Adoleszenz entsteht und sich im Laufe des Weiteren Lebens verstärkt«*. Dieses

Muster ist »stark dysfunktional und besteht aus Erinnerungen, Emotionen, Kognitionen und Körperempfindungen, die sich auf den Betreffenden selbst und seine Kontakte zu anderen Menschen beziehen« (Young et al. 2005, S. 36). Anders als in der traditionellen Kognitiven Therapie beinhaltete sein Schemakzept nicht nur kognitive, sondern auch emotionale, physiologische und interpersonale Aspekte. Young erweiterte nicht nur die theoretischen Grundlagen, sondern auch die Behandlungskonzepte. Insbesondere inspiriert durch Gestalttherapie und humanistische Verfahren setzte er neben den kognitiven Techniken zahlreiche erlebnisorientierte Techniken ein, insbesondere Imaginationsübungen und Übungen mit mehreren Stühlen. Darüber hinaus legte er einen großen Wert auf die Gestaltung der therapeutischen Beziehung in Form der sogenannten »begrenzten elterlichen Fürsorge«. Seine erste Publikation zur »schemafo-kussierten Therapie« erfolgte bereits im Jahr 1990 (Young 1990).

1.2 Die moderne Schematherapie

Auch wenn dieses erste Modell neue Therapietechniken einsetzte, war es konzeptuell noch stark an die kognitive Therapie angelehnt. In der intensiven Arbeit mit Patienten mit narzisstischen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen sah sich Jeffrey Young gewissermaßen »gezwungen«, sein Konzept zu erweitern. Denn das Schemamodell erwies sich einerseits als zu komplex, andererseits aber auch als zu statisch, um die rasch wechselnden emotionalen Zustände der Patienten optimal zu konzeptualisieren und v. a. praxisorientiert zu operationalisieren. Insbesondere die Borderline-Patientengruppe zeigte in so vielen Schemata auffällig hohe Werte, dass sich mit dem Schemakzept alleine keine praktikable Fallkonzeption entwickeln ließ. Daraufhin erweiterten Young et al. (2005) das erste Schemamodell zum Schema-Modus-Modell weiter, das stärker auf die im Hier und Jetzt aktualisierten inneren Zustände der Patienten und deren Klärung und Bewältigung abzielt. Das Konzept von einem »Schemamodus« als komplexer Aktivierungszustand, welcher die

Gesamtheit der kognitiven und emotionalen Reaktionen sowie die daraus resultierenden Handlungstendenzen zu einem bestimmten Zeitpunkt beinhaltet, stellte eine deutliche Weiterentwicklung des klassischen kognitiven Verständnisses dar und ermöglichte letztendlich die Entwicklung der modernen Schematherapie.

Ein »Meilenstein« in der Entwicklung der modernen Schematherapie stellt die Arbeit von Arnoud Arntz hinsichtlich der Manualisierung (Arntz und van Genderen 2009) und der empirischen Untersuchung (Giesen-Bloo et al. 2006) der Schematherapie für Patienten mit Borderline-Störungen an der Universität Maastricht dar. In den letzten zehn Jahren erfolgten zahlreiche Studien und Wirksamkeitsuntersuchungen, insbesondere in den Niederlanden und in Deutschland. So kann die Schematherapie in ihrer modernen Form als evidenzbasiertes Verfahren zur effektiven Behandlung von Persönlichkeitsstörungen verstanden werden. In Deutschland, Österreich und der Schweiz wird die Schematherapie nicht als eigenständige Methode, sondern überwiegend als ein strukturiertes Konzept innerhalb der Verhaltenstherapie angesehen, welches Techniken aus verschiedenen Methoden konsistent in das Verhaltenstherapie-Paradigma integriert. So wird sie auch in diesem Buch dargestellt.

2 Verwandtschaft mit anderen Verfahren

2.1 Kognitive Therapie

Im Rahmen der sogenannten »kognitiven Wende« in den 1970er Jahren (Beck 1967; Ellis 1969) wurde der kognitiven Informationsverarbeitung und insbesondere automatisch ablaufenden Gedanken und dysfunktionalen Grundannahmen eine entscheidende Rolle in der Verhaltenssteuerung und somit in der Entstehung und Aufrechterhaltung psychopathologischer Symptome zugesprochen. Wie bereits dargestellt entstand die Schematherapie zunächst als Weiterentwicklung der kognitiven Verhaltenstherapie. Insbesondere das zentrale Konzept von maladaptiven Schemata kann aus einer theoretischen Perspektive mit dem Konzept dysfunktionaler Grundannahmen in Verbindung gebracht werden. Young legte jedoch einen viel größeren Wert auf die emotionalen und interpersonellen Aspekte als auf die kognitiven.

Die neurobiologische Forschung relativierte in den letzten Jahren zunehmend die Rolle explizit-kognitiver Prozesse für die Verhaltenssteuerung und zeigte, dass wesentliche Prozesse im Zusammenhang mit der Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen v. a. emotionaler Natur sind und unbewusst reguliert werden (Roth 2001). Die moderne kognitive Therapie versucht diesen Ergebnissen zu entsprechen, indem sie auch »implizite« Kognitionen in die Konzeptualisierung psychopathologischer Symptome einbezieht (Beck et al. 2004). Die Schematherapie geht jedoch konsequent einen Schritt weiter, indem sie die emotionalen, z. T. unbewussten Prozesse durch erlebnisorientierte Techniken direkt aktiviert und sie zu einem zentralen Gegenstand der Therapie macht.

In der Betrachtung des konkreten therapeutischen Vorgehens zeigen sich insgesamt klare Unterschiede. Kognitive Techniken sind häufig primär

auf »Inhalte« fokussiert und haben das wesentliche Ziel, ungünstige/unrealistische Kognitionen zu korrigieren. In der Schematherapie achtet man jedoch viel mehr auf den Kontext und die Funktionalität von Kognitionen, insbesondere bei der Betrachtung interpersoneller Konflikte.

2.2 Verhaltenstherapie

Die klassische (sog. horizontale) Verhaltensanalyse mit ihrem Schwerpunkt auf der gegenwartsnahen Bedingungsanalyse konnte das komplexe Verhalten von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen nicht ausreichend erklären. Durch das Hinzufügen einer sogenannten vertikalen Achse im Rahmen der »Plananalyse« und der »Organismus-Variable« entsteht im verhaltensanalytischen Denken der notwendige Raum für komplexe erlernte Muster, welche neben den biologisch-temperamentalen Variablen den Niederschlag früher Beziehungserfahrungen abbilden. Schemata können sehr gut in dieser vertikalen Achse angesiedelt werden. Insgesamt können Schemata und Modi sehr gut aus lerntheoretischer Sicht in deren Entstehung und Aufrechterhaltung erklärt werden (► Kap. 3.6).

Das konkrete therapeutische Vorgehen in der Schematherapie integriert zahlreiche verhaltensbezogene Techniken und Prinzipien, wie z. B. das Erlernen konkreter Strategien zur besseren Impulsregulation und das Einüben neuer sozialer Strategien im Rahmen von Rollenspielen (► Kap. 5.14).

2.3 Psychodynamische Therapie

Eine der Hauptannahmen der psychodynamischen Theorie lautet, dass sich psychopathologische Symptome auf Konflikte und Motive zurückführen

lassen, welche für den Patienten nicht ohne Weiteres bewusst zugänglich sind. Die Schematherapie und ihr Ansatz, im Hier und Jetzt aktualisierte innere Zustände (sogenannte Schemamodi) auf frühe, oft nicht bewusst erinnerte Erfahrungen von Bedürfnisfrustrationen zurückzuführen, weist Gemeinsamkeiten mit psychodynamischen Modellen (einschließlich Internalisierungsprozessen) auf. Auch das Konzept der unbewusst entwickelten Bewältigungsreaktionen (► Kap. 3) zeigt Ähnlichkeiten zu dem psychoanalytischen Konzept der Abwehrmechanismen. Die Schematherapie verbindet psychodynamisches Verstehen mit der zielgerichteten und veränderungsorientierten Haltung der kognitiven Verhaltenstherapie. Dadurch ergibt sich eine Verbindung von erlebensnaher Klärungsarbeit mit dem strukturierten Einsatz handlungsbezogener Techniken (schriftliche Arbeitsblätter, praktische Übungen und Hausaufgaben im Sinne der klassischen Verhaltenstherapie). Auf psychodynamischer Seite integriert analog zur Schematherapie z. B. der Strukturelle Ansatz von Rudolph (2006) zunehmend handlungsorientierte Techniken, so dass hier auf der praktischen Anwendungsebene eine sehr hohe Konvergenz entstanden ist und psychodynamisch arbeitende Therapeuten viele der in diesem Buch beschriebenen Techniken in ihrem konzeptuellen Rahmen anwenden können.

2.4 Gestalttherapie

Übungen mit einem leeren oder auch mehreren Stühlen werden im Kontext der Gestalttherapie sowie in psychodramatischen Verfahren häufig angewendet. Modus-Dialoge auf Stühlen gehören zu den wichtigsten technischen Elementen in der Schematherapie. Sowohl in der Gestalttherapie als auch in der Schematherapie werden Übungen mit Stühlen v. a. als Möglichkeit der emotionalen Aktivierung und inneren Differenzierung eingesetzt. In beiden Fällen verfolgt die Anwendung dieser Techniken das Ziel, »innere Prozesse« zu externalisieren und durch die Darstellung im »realen Raum« neue Perspektiven zu ermöglichen bzw. Spielräume für

neue Lösungen zu finden. Während die gestalttherapeutische Anwendung ganz überwiegend prozessorientiert ist, zeigen sich in der Schematherapie eine klar direktive Rolle des Therapeuten und in den meisten Fällen ein im Voraus angestrebter, zielgerichteter Ablauf der Übung.

2.5 Achtsamkeitsbasierte Therapien und »dritte Welle« der Verhaltenstherapie

Von einer »dritten Welle« in der Verhaltenstherapie spricht Hayes (2004) hinsichtlich derjenigen Methoden, die auf autonome, emotionale Regulationsprozesse fokussieren. Die Gemeinsamkeit dieser Ansätze besteht darin, eine mentale Distanz zu den aktivierten inneren Prozessen aufzubauen, was eine höhere Flexibilität und somit eine gewisse innere Beweglichkeit entstehen lässt, welche Menschen den Freiraum für funktionalere Verhaltensweisen zurückgibt. Während die Schematherapie zu Beginn einer Behandlung dysfunktionale Muster zunächst erarbeitet und inhaltlich zu verändern versucht (oder sogar zu »bekämpfen« oder »ersetzen«), entfernt sich im Verlauf der Behandlung der Schwerpunkt von der direkten »inhaltlichen Veränderung« nicht hilfreicher Schemata und Modi hin zur Entwicklung und Stärkung neuer, funktionalerer Muster und Selbstregulationsstrategien, was in der Sprache der Schematherapie »Gesunder Erwachsenenmodus« genannt wird. Unabhängig davon, welche Verhaltenstendenzen innerlich entstehen und auf welche dysfunktionalen Schemata diese zurückzuführen sind, hat der Patient im »GE-Modus« die »letzte Entscheidung« und er bestimmt, wie er sich verhalten möchte. Dies bedeutet den Übergang von einer inhaltlichen kognitiven Bearbeitung der dysfunktionalen Schemata (zweite Welle nach dem Behaviorismus) hin zu einer distanzierenden, metakognitiven Haltung im Sinne einer »dritten Welle«. Insbesondere im Falle schwerer Persönlichkeitsstörungen ist dies von großer Bedeutung, denn tiefe emotionale und kognitive Muster können nicht komplett verändert werden. Vielmehr geht es in der