

# Einleitung

Claudia Stromberg

Seit vielen Jahren gibt es an unseren Schematherapieinstituten neben den Kursen des schematherapeutischen Basiscurriculums Vertiefungsworkshops wie bspw. »Den Distanzierten Beschützermodus umgehen«, »Den Gesunden Erwachsenenmodus aufbauen« oder »Schematherapie mit komplex Traumatisierten« und es werden spezielle Techniken gelehrt zum Umgang mit externalisierenden und internalisierenden Patientinnen und Patienten, wie z.B. Menschen mit dependenten oder narzisstischen Persönlichkeitsstörungen. Neuerdings wird das Programm auch durch Workshops zur Körperorientierung in der Schematherapie vertieft.

Schon länger denken wir darüber nach, Wissen, Konzepte und Techniken zum Umgang mit spezifischen Modi (Erlebenszuständen) von Patientinnen und Patienten aus unseren »Spezialworkshops« zusammenzustellen und zu verschriftlichen. Wir arbeiten als Gruppe seit längerem einerseits an einem gemeinsamen Verständnis zur Einbettung von schematherapeutischen Konzepten in neurowissenschaftliche und prozessorientierte Ansätze und andererseits an der Verzahnung von Schematherapie und Verhaltenstherapie sowie von Schematherapie mit anderen Dritte-Welle-Methoden, hierbei hauptsächlich die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) von Stephen Hayes.

Ganz allgemein stellt sich mit dem Aufkommen der Dritten Welle der Verhaltenstherapie und ihren vielfältigen Methoden wie Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT), MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction), MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy), CFT (Compassion-Focussed Therapy), ACT (Akzeptanz- und Commitment-Therapie) und Schematherapie die Frage nach konzeptuellen Gemeinsamkeiten zwischen den Dritte-Welle-Methoden und Möglichkeiten der strukturellen Verzahnung der Methoden mit der klassischen kognitiven Verhaltenstherapie. Zwischen den Methoden gibt es zahlreiche Überlappungen, die zusammengefasst worden sind als stärkerer Focus auf Emotionsregulation und einer Akzeptanzhaltung in Bezug auf negative Gedanken und Gefühle im Vergleich zur Veränderungshaltung durch Umstrukturierung in der Verhaltenstherapie (Vorderholzer, 2019).

Unsere konzeptuellen Überlegungen fließen in ganz konkrete Techniken bspw. zum Aufbau des Gesunden Erwachsenenmodus, zu körperfokussierten Techniken mit bestimmten Modi, zum Umgang mit Überkompensationsmodi in der Therapiesitzung oder mit Unterordnungsmodi in Paarbeziehungen ein.

Den Ausschlag für die Konzeption dieses Buches gab die Feststellung, dass wir gerade auf der *Achse zwischen unflexibler, dysfunktionaler Bewältigung und flexibler, funktionaler Bewältigung* aus dem Gesunden Erwachsenenmodus (GE) einen ganzen Fundus dieser verschiedenen Vertiefungsworkshops anbieten. In diesen blicken wir

systematisch – quasi wie mit der Lupe – auf schwierige Therapiesituationen oder -prozesse, verursacht durch die dysfunktionalen Bewältigungsmodi oder Defizite in der Regulation durch den GE unserer persönlichkeitsgestörten Patientinnen und Patienten. All diese Vertiefungsworkshops umspannen die Frage, wie man therapeutisch mit dysfunktionalen Bewältigungsmodi umgehen kann und welche spezifischen Techniken es zum Aufbau des Gesunden Erwachsenenmodus gibt. Und dieses Wissen, durch viele Fragen und Kommentare, Patientenbeispiele und Selbstoffenbarungen von Workshopteilnehmenden angereichert, galt es nun, so die Idee, jenseits von Einzelworkshops systematisch und mit rotem Faden entlang des dynamisch-dimensionalen Modusmodells zu bündeln.

Als ich in einem unserer Meetings meine Kolleginnen und Kollegen fragte, ob sie Interesse hätten, an diesem Buchprojekt mitzuarbeiten, sagten alle spontan zu, was mich natürlich sehr freute. Seitdem haben wir dieses Buchprojekt gemeinsam vorangetrieben und weiterentwickelt. Es bekam ein kontextuelles Fundament und wurde angereichert durch innovative Ansätze u. a. zur Körperorientierung in der Schematherapie. Es wurde zu einem von mehreren gemeinsamen Projekten, die insgesamt unser Zusammengehörigkeitsgefühl und die Synergieeffekte in unserer Arbeitsgruppe noch einmal erheblich verstärkten.

Wir sind eine Gruppe von sieben Schematherapeutinnen und Schematherapeuten, alle mit Fachkunde Verhaltenstherapie, die schon seit vielen Jahren eng zusammenarbeiten und im Herbst 2020 die Schematherapie-Online-Akademie gegründet haben. Wir vertreten die Schematherapie-Institute IST-F (Frankfurt), IST-Konstanz und IST-S (Stuttgart). Wir sind Dr. Eva Frank-Noyon, Julia Hinrichs, Yvonne Reusch, Dr. Eckhard Roediger, Julia Schuchardt, Dr. Claudia Stromberg und Dr. Matias Valente und wir freuen uns sehr über Ihr Interesse an unserem Buch.

Mit dem *Praxisbuch Schematherapie* möchten wir schematherapeutisch arbeitenden Kolleginnen und Kollegen diese auf dem dynamisch-dimensionalen Modusmodell basierenden Techniken und Vorgehensweisen auf der »Bewältigungsachse« zwischen dysfunktional und funktional kompakt und anschaulich vermitteln.

## **Für wen ist dieses Buch also interessant?**

Das *Praxisbuch Schematherapie* richtet sich an Praktikerinnen und Praktiker, die sich vertiefend mit dem Umgang mit verschiedenen dysfunktionalen Bewältigungsmodi und dem gezielten Aufbau des Gesunden Erwachsenenmodus in ihren Therapien beschäftigen wollen, oder die sich Techniken für den Umgang mit schwierigen Therapiesituationen oder stockenden Therapieprozessen wünschen. Therapieprozesse, die, geprägt durch die dysfunktionalen Bewältigungsmodi der Behandelten, nicht fortschreiten oder mühsam sind, führen nicht selten zu Hilflosigkeitserleben oder Genervtsein auf Seiten der Therapeutinnen und Therapeuten. Schaffen wir es nicht, dysfunktionale Bewältigungsmodi in der Therapiebeziehung zu umgehen, kann emotionsaktivierendes Arbeiten mit Imagery Rescripting und Modusdialogen auf Stühlen – die Basistechniken der Schematherapie –, schwierig bis unmöglich werden. So kann den Patientinnen und Patienten nicht aus ihren dysfunktionalen Mustern herausgeholfen werden, was zu erheblichen Frustrationen auf beiden Sei-

ten führt. Die dargestellten spezifischen Techniken helfen, dysfunktionale Muster abbauen und funktionale Muster aufbauen zu können.

Wir geben eine ausführliche Einführung in die kontextuelle Schematherapie, allerdings versteht sich dieses Buch – ganz im Sinne der ursprünglichen Vertiefungsworkshops – eher als auf bereits vorhandenem schematherapeutischen Grundwissen aufbauend. Erste Kenntnisse der Schematherapie, ihrer Wirkfaktoren und Techniken sind also hilfreich.

## Was genau erwartet Sie?

Zum einen erwarten Sie moderne schematherapeutische Konzepte. Die in Kapitel 1 dargestellte Herleitung des theoretischen Bezugsrahmens mit dem dynamisch-dimensionalen Modusmodell und einer kontextuellen Perspektive sind das Ergebnis jahrelanger konzeptueller Arbeit (► Kap. 1). Der Einbezug des »Still-face«-Videos der Bindungsforschung und die Einbettung in neurowissenschaftliche Konzepte wie die Polyvagalthorie sind sicherlich sehr bereichernd für die Tiefe dieser Konzepte gewesen. Zum zweiten erwarten Sie ab Kapitel 2 durch viele Workshop- und Therapiestunden verfeinerte Techniken, die passgenau beim Umgang mit spezifischen Bewältigungsmodi oder Defiziten des GE helfen können.

Eckhard Roediger und Matias Valente führen in ► Kap. 1 in die kontextuelle Schematherapie mit ihren Anklängen aus der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (Hayes et al., 2012) und das dynamisch-dimensionale Modusmodell mit seinem Kontinuum der dysfunktionalen Bewältigungsmodi ein und erläutern hierbei unser Verständnis von Schematherapie. Aufbauend auf den von Jeffrey Young et al. (2003) ausgearbeiteten Ansatz gehören die kontextuelle Perspektive und ein zugrundeliegendes dynamisch-dimensionales Modusmodell zu unserer konzeptuellen Basis. Die dimensionale Sicht auf das Modusmodell mit den beiden Polen »Internalisieren« und »Externalisieren« umfasst auch die damit verknüpfte Metapher der »zwei Beine«, auf denen man dann balanciert steht, wenn sowohl das Bindungs- als auch das Selbstbehauptungsbedürfnis Raum haben. Das dynamische Verständnis des Modusmodells betont den Aspekt der Spannungsreduktion durch dysfunktionale Bewältigungsmodi (BM). Hieraus leitet sich der Ansatz der Arbeit auf der *vorderen* (Aktivierung von BM) und der *hinteren Bühne* (Aktivierung von emotionalem Kindmodus und Innerem-Kritiker- bzw. Antreibermodus) ab. Diese Eckpfeiler repräsentieren einen modernen schematherapeutischen Rahmen, der zugleich eine integrative Weiterentwicklung im Rahmen der Dritte-Welle-Methoden der Verhaltenstherapie ist.

Die Kapitel 2–7 behandeln den konkreten Umgang mit dysfunktionalen Bewältigungsmodi entlang des Kontinuums der Bewältigungsmodi im dynamisch-dimensionalen Modusmodell sowie den Aufbau des Gesunden Erwachsenenmodus. Hierbei wird in jede spezifische Gruppe von BM durch eine Beschreibung der typischen Erscheinungsformen und ihrer Wirkung in Interaktionen – auch in therapeutischen – eingeführt.

In ► Kap. 2 wird es durch den neuen Fokus auf Körperorientierung in der Schematherapie besonders innovativ: Nach einer Einführung in die Körpertherapie

und einer Verknüpfung der verschiedenen BM mit der Polyvagalthorie von Stephen Porges (2010) stellt Yvonne Reusch spezifische körperorientierte Techniken des Umgangs mit dysfunktionalen BM unter der Überschrift »Der Körper kennt den Weg« dar.

Kapitel 3 von Eva Frank-Noyon führt Strategien und Techniken zum Umgang mit dem Unterwerfungsmodus von Patientinnen und Patienten aus und beschäftigt sich detailliert mit den dysfunktionalen Mechanismen von Internalisiererinnen und Internalisierern (► Kap. 3). Tiefgreifende Kenntnisse aus der Schematherapie mit Paaren fließen in dieses Kapitel ein und beleuchten auch die Nachteile des Unterwerfungsmodus in Paarbeziehungen.

Der Distanzierte Beschützermodus – von Jeffrey Young (2012) einst als »probably the most difficult to work with overall« bezeichnet – ist einer der drei emotionsvermeidenden BM, für die Claudia Stromberg in ► Kap. 4 beschreibt, wie man mit ihnen arbeiten kann, um sie schließlich zu umgehen und auf die »hintere Bühne« gelangen zu können.

Externalisierende und überkompensierende Patientinnen und Patienten sind das Spezialgebiet von Matias Valente, der in ► Kap. 5 ausführt, wie man diesen Patienten helfen kann, zu verstehen, welches Bedürfnis sie eigentlich haben und wie man sich gleichzeitig vor dem Überkompensationsmodus in der Therapiesitzung schützt.

Schließlich beschreiben Julia Hinrichs und Julia Schuchardt als Expertinnen für den Gesunden Erwachsenenmodus in ► Kap. 6 innovative und kreative Möglichkeiten, um den GE, den Modus, dessen Stärkung im Sinne von Selbstregulationsfähigkeit die Schematherapie zum Ziel hat, aufzubauen.

Auf Basis der Ausführungen der Kapitel 2 bis 6 geht das ► Kap. 7 von Eckhard Roediger auf die Besonderheiten bei der Behandlung von komplex traumatisierten Patientinnen und Patienten mit ihren charakteristischen Bewältigungsstrategien, wie bspw. einer Vielzahl dissoziativer Phänomene, ein und gibt konkrete und praxiserprobte Hinweise für den Umgang mit den besonders herausfordernden Traumafolgestörungen.

Ein zusammenführendes, abschließendes Kapitel mit Fazit und Ausblick von Claudia Stromberg rundet das Buch ab (► Kap. 8).

Auch wenn wir der Überzeugung sind, Ihnen Konzepte aus »einem Guss« und mit rotem Faden zu präsentieren, haben wir alle unsere jeweiligen Spezialisierungen, Blickwinkel und nicht zuletzt auch Persönlichkeitsstile, die zu einem lebendigen Spannungsbogen und auch manchmal spezifischen Schwerpunktsetzungen im Umgang mit dysfunktionalen Bewältigungsstilen beitragen. So zeigt sich in Kapitel 1 und Kapitel 7 am markantesten die Haltung, die gezeigten dysfunktionalen Bewältigungsmodi zu umgehen, indem man sie *markiert*, *validiert*, ins *Modusmodell einordnet* und darüber hinaus möglichst nicht weiter auf sie eingeht, um rasch in die Arbeit auf der hinteren Bühne einzusteigen. Das ist das *basale Prinzip*, denn die Arbeit mit dysfunktionalen Bewältigungsmodi ist kein Selbstzweck, sondern nur dann erforderlich, wenn sie chronisch einer ausgewogenen Bedürfnisbilanz im Wege stehen oder den Therapieprozess blockieren. Können die Bewältigungsmodi nicht durch *Benennen* und *Einordnen* umgangen werden, helfen die in den Kapiteln 2 bis 5 beschriebenen emotionsaktivierenden Herangehensweisen und Techniken für spezifische Bewältigungsmodi weiter. Auch gezielte Übungen, wenn

hartnäckige Bewältigungsmodi den Therapieprozess blockieren und innovative Techniken zur Aktivierung von Körpererleben, um diese Übungen zu unterstützen oder ein völlig eigenständiges Umgehen von Bewältigungsmodi zu ermöglichen, werden Sie finden.

Weiterhin umspannt das Buch auch Nuancen in der Fokussierung und der therapeutischen Haltung: Während in einigen der Kapitel eine stärkere Betonung auf der schnellen Übernahme von Eigenverantwortung und Selbstbehauptung durch die Patientinnen und Patienten liegt, wird in anderen eher vermittelt, sich dafür ruhig Zeit zu nehmen und den GE langsam und nachhaltig wachsen zu lassen. Sie werden also auf jeden Fall Angebote für etwas unterschiedliche therapeutische Stile finden, eine Varianz, die wir innerhalb eines homogenen Gesamtkonzeptes sehr fruchtbar finden.

Um eine möglichst gendergerechte Sprache zu finden, wechselt dieses Buch kapitelweise zwischen männlicher und weiblicher Form, das jeweils andere Geschlecht sowie diverse Lesende sind selbstverständlich immer mitgemeint. Kapitel 1, Kapitel 3, Kapitel 4 und Kapitel 7 sind »weiblich« geschrieben, Kapitel 2, Kapitel 5 und Kapitel 6 »männlich«.

## Literatur

- Hayes SC, Strosal KD, Wilson KG (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change (2nd Ed.)*. New York: Guilford.
- Porges SW (2010). *Die Polyvagal-Theorie. Neurophysiologische Grundlagen der Therapie*. Paderborn: Junfermann.
- Vorderholzer U (2019). Die Dritte Welle der Verhaltenstherapie – Überlegenheit im Vergleich mit klassischer kognitiver Verhaltenstherapie? *Verhaltenstherapie* 29 (2): 77–79. <https://doi.org/10.1159/000500697>
- Young JE (2012). *Bypassing the Detached Protector Mode*. Workshop. ISST Conference, New York.
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME (2003). *Schema Therapy. A practitioner's guide*. New York: Guilford.



# 1 Theoretische und praktische Grundlagen: eine kontextuelle Perspektive

*Eckhard Roediger und Matias Valente*

In diesem Kapitel wollen wir die Grundlagen des modifizierten, dimensional und »ACT-informierten« Modusmodells vorstellen, auf dem die weiteren Kapitel dieses Buches aufbauen. Die Schematherapie ist von ihrem Grundgedanken her integrativ (Young, 2010). Young hat sein Modell in den 1990er Jahren entwickelt und seinerseits u. a. Elemente der Verhaltenstherapie, der Bindungsforschung, der »personal-construct«-Theorie und der Gestalttherapie zusammengebracht. Wir haben dies weitergeführt und die neuen Entwicklungen der Verhaltenstherapie, insbesondere der sog. Dritten Welle, in die Schematherapie integriert. Aber der Reihe nach ...

## 1.1 Was ist Schematherapie?

Schematherapie (ST) ist kein eigenständiges Verfahren, mit dem man psychische Störungen umfassend behandeln kann. Sie ist eine Methode innerhalb der Verhaltenstherapie, mit der wir dysfunktionales Interaktionsverhalten von Patientinnen vor dem Hintergrund ihrer biografischen Erfahrungen verstehen/kontualisieren und effektiv verändern können.

Diese Interaktionsstörungen findet man v. a. bei Persönlichkeitsstörungen (PS) und so erklärt sich, dass ST insbesondere in diesem Diagnosebereich ihre Wirksamkeit nachweisen konnte. Schematherapeutisches Symptomverständnis und zahlreiche Techniken können aber auch als Teil eines integrativen verhaltenstherapeutischen Gesamtbehandlungsplanes bei chronifizierten und therapieresistenten Störungen hilfreich sein (s. Stromberg & Zickenheiner, 2021; Zarbock, 2008; Gall-Peters & Zarbock, 2012). Sie stellt damit eine Methode dar, die das Interventionsspektrum der Verhaltenstherapie erheblich erweitert.

Was ist dabei der konkrete Beitrag der ST? Es ist aus unserer Sicht weniger das Modell. Daher haben wir das Modell auf seine Essenz reduziert und damit wieder besser anschlussfähig an die Verhaltenstherapie gemacht. Es sind vielmehr die besondere Beziehungsgestaltungskompetenz und die gut definierten Therapieprozesse und -techniken, von denen die Verhaltenstherapie profitieren kann. Bei der sog. »begrenzten Nachbeelterung« fällt auf, dass die ST insbesondere bei Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen im Vergleich zu anderen, Borderline-spezifischen Behandlungen deutlich niedrigere Abbruchquoten zeigt (ST: 11,1 %, DBT:

23%, MBT: 24,8% und TFP: 34,9%; Jacob & Arntz, 2013). Diese Art der Beziehungsgestaltung scheint also auch schwierige Patientinnen gut in der Behandlung halten zu können und diesen gerecht zu werden.

Die erlebnisaktivierenden Techniken sind ein zweites »Asset« in der Schematherapie. Sie sind zwar grundsätzlich der Gestalttherapie entlehnt, werden aber in der Schematherapie auf die Fallkonzeption bezogen strategisch und weitgehend manualisiert eingesetzt. Insbesondere die Technik des Imaginativen Überschreibens (Imagery Rescripting – ImRs) ist auch in Studien gut untersucht und z. B. bei Traumapatientinnen ähnlich wirksam wie EMDR (Boterhoven de Haan et al., 2020). Auch hier sehen wir auf Technikenebene eine Bereicherung für die Verhaltenstherapie. Imaginatives Überschreiben wird inzwischen tatsächlich zunehmend in der Verhaltenstherapie der PTBS eingesetzt (Steil, 2021). Dies ist grundsätzlich auch für Stühledialoge möglich (Roediger, 2015).

### Historischer Entstehungskontext und Entwicklung

Der Geburtsort der Schematherapie ist das Cognitive Therapy Center von Aaron Beck in Philadelphia. Wir schreiben die 80er Jahre des letzten Jahrhunderts. Jeffrey Young war damals ein enger Mitarbeiter von Aaron Beck und konzipierte mit ihm die Studien. Dabei stellte er fest, dass ein nicht kleiner Teil der dort behandelten Patientinnen nicht von der kognitiven Therapie profitierte. Als er der Sache nachging, stellte er fest, dass zu diesen Patientinnen mit herkömmlichen Techniken keine gute Arbeitsbeziehung hergestellt werden konnte. Sie arbeiteten nicht mit, waren anhaltend misstrauisch oder sogar feindselig, machten die Hausaufgaben nicht und verstrickten die Therapeutinnen. Er sah die Ursache in tiefsitzenden Einstellungen, die er Schemata nannte. Er griff dabei auf einen Begriff von Beck zurück, interpretierte ihn aber umfassender.

Für Young sind Schemata komplexe Muster mit kognitiven, aber auch emotionalen und physiologischen Anteilen und daraus entstehenden Handlungsimpulsen. Sie entstehen, wenn in der Kindheit die Grundbedürfnisse des Kindes nicht erfüllt werden.

Etwas plastisch ausgedrückt sind das kleine »Videoclips« von schmerzhaften Kindheitserlebnissen, die in das sich entwickelnde Gehirn des Kindes »eingebrennt« werden und von nun an die Wahrnehmung, Bewertung und die Beantwortung von Sinneswahrnehmungen prägen. Damit befindet sich Young in großer Nähe zu den Konzepten der Bindungsforschung und dem Konzept des »internal working model« von Bowlby (1976) und damit essentiell psychodynamischen Konzepten. Auf Basis der Beobachtung seiner Patientinnen definierte er 18 Schemata, die wir später kurz vorstellen wollen. Youngs Idee war, dass es diese Schemata sind, die die Mitarbeit der Patientinnen in der Therapie beeinträchtigen. Im selben Zeitraum machte er selbst eine Gestalttherapie (Young, 2010) und erlebte sozusagen »am eigenen Leib« die Intensität von Imaginationen und Stühledialogen. Diese Techniken integrierte er in seine Methode und setzte sie gezielt ein, um in der Therapiebeziehung Schemata zu

aktivieren und durch eine korrigierende emotionale Beziehungserfahrung zu »heilen«, was zwar im Konzept einem psychodynamischen Vorgehen sehr nahe ist (Kohut, 1981, 2001), gleichzeitig aber dem »interventionsfreudigen« Geist der Verhaltenstherapie entspricht. Im Gegensatz zur eher abstinenter psychodynamischen Therapeutenhaltung wollte er des Weiteren die Grundbedürfnisse der Patientinnen im Rahmen des therapeutisch Möglichen konkret befriedigen, so wie das »gute Eltern« tun. Er nannte diesen Prozess »begrenzte Nachbeelterung« (limited re-parenting). Er ging davon aus, dass dann die Patientinnen von sich aus autonom und »erwachsen« werden wollen. Ggf. half er diesem Prozess durch eine sog. »empathische Konfrontation« nach. Obwohl Young viele Ideen von Beck aufgriff, gerieten seine Gedanken zunehmend eigenständiger, sodass er sich um 1987 in New York niederließ.

Inzwischen sind wir in den frühen 2000er Jahren. Arnoud Arntz plant in den Niederlanden eine Studie mit Borderline-Patientinnen. Um die Fallkonzeptionen übersichtlich zu halten, fokussiert er nicht mehr auf die hintergründigen Schemata, sondern auf die Zustände, in die Menschen kommen, wenn ihre Schemata aktiviert sind: die sog. Modi. Der Fokus auf die Arbeit mit unterschiedlichen Modi ermöglichte nicht nur eine übersichtliche Fallkonzeption, sondern auch eine bessere Manualisierung des Behandlungsprotokolls im Hinblick auf unterschiedliche Behandlungsphasen. Je nach Stand im Therapieprozess wurden spezifische Interventionen mit bestimmten Modi vorgeschlagen. Es folgten mehrere große Wirksamkeitsstudien, die nicht nur die Effektivität bei der Behandlung von Borderline-PS, sowohl im Einzel- (Giesen-Blo et al., 2006) als auch im Gruppensetting (Arntz et al., 2022) belegten, sondern auch bei weiteren Persönlichkeitsstörungen (Bamelis et al., 2014).

## 1.2 Die Grundkonzepte

### 1.2.1 Schemata

Im Sinne Grawes (2004) bezeichnet ein Schema eine Bereitschaft des Gehirns, auch heute noch so zu reagieren, wie es in der Kindheit angelegt wurde. Damit dringt immer ein Stück weit die unbearbeitete Vergangenheit in unser gegenwärtiges Leben ein, ohne dass uns das bewusst ist. Im Gegenteil: Wir betrachten die Welt durch eine »Schema-Brille« ohne zu merken, dass wir eine Brille auf der Nase haben. Aufgrund der Tatsache, dass die Neuronen unseres Gehirns zu ca. 97% mit sich selbst verschaltet sind, schwimmen wir sozusagen »im eigenen Saft« und glauben, dass die Welt so ist, wie wir sie sehen (Roth, 2001). Unter [https://www.schematherapie-frankfurt.de/images/IST-F%20Materialien/Videos/Tutorial\\_Videos/Warum%20Perspektivwechsel%20schwerfallen.mp4](https://www.schematherapie-frankfurt.de/images/IST-F%20Materialien/Videos/Tutorial_Videos/Warum%20Perspektivwechsel%20schwerfallen.mp4) können Sie sich dazu ein Tutorial anschauen. Aus dieser sog. Selbstreferentialität leitet sich eine unserer zentralen Interventionen ab, nämlich aufzustehen und das eigene Erleben wie von außen zu

betrachten. Diese inneren Muster zu erkennen, als »alt« einzuordnen und aus ihnen auszusteigen ist einer der zentralen Schritte im Veränderungsprozess. Die 18 Schemata werden abhängig vom frustrierten Grundbedürfnis in fünf Schemadomänen zusammengefasst (Young et al., 2005):

*Domäne I: Abgetrenntheit und Ablehnung (Bedürfnis: Sichere Bindung)*

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

*Domäne II: Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung (Bedürfnis: Autonomie)*

6. Erfolglosigkeit/Versagen
7. Abhängigkeit und Inkompetenz
8. Verletzbarkeit
9. Verstrickung/unentwickeltes Selbst

*Domäne III: Beeinträchtigung im Umgang mit Grenzen (Bedürfnis: realistische Grenzen)*

10. Anspruchshaltung/Grandiosität
11. unzureichende Selbstkontrolle

*Domäne IV: übertriebene Außenorientierung und Fremdbezogenheit (Bedürfnis: Freiheit, Emotionen und Bedürfnisse zu äußern)*

12. Unterordnung/Unterwerfung
13. Aufopferung
14. Streben nach Zustimmung

*Domäne V: übertriebene Wachsamkeit und Gehemmtheit (Bedürfnis: Spontaneität und Spaß)*

15. emotionale Gehemmtheit
16. überhöhte Standards
17. negatives Hervorheben/Pessimismus
18. Bestrafungsneigung

## 1.2.2 Schemabewältigung

Bei einer Schemaaktivierung erleben wir die gleichen belastenden Emotionen wie damals, als die Schemata angelegt wurden. Um diesen »Schemaschmerz« (Schuchardt & Roediger, 2016) nicht zu spüren, entwickeln wir die folgenden drei Schemabewältigungsprozesse: (1) *Schemavermeidung*, (2) *Schemakompensation* und (3) *Schemaerdduldung*. Bei der (1) *Schemavermeidung* versuchen wir, Situationen auszuweichen, in denen die Schemata ausgelöst (getriggert) werden können. Ängstliches Vermeidungsverhalten oder die sog. Konstriktion bei Traumatisierten sind deutliche Beispiele dafür. Darüber hinaus gibt es aber ein breites Spektrum an vermeidenden interaktionellen Verhaltensweisen, auf die wir im Detail in Kapitel 2 und 4 eingehen. Bei der (2) *Schemakompensation* handeln wir sozusagen gegen das Schema, sodass wir in unserem Verhalten das Gegenteil von dem zeigen, was wir damals erlebt haben: Die Beschämte gibt sich übertrieben selbstsicher, die Alleingelassene betont autonom, die Verletzbare besonders kontrollierend. Oder kurz gesagt: Wir wechseln die Seite und aus »Opfern« werden »Täter«. Darauf werden wir besonders in ► Kap. 5 eingehen. Bei der (3) *Schemaerdduldung* »glauben« die Betroffenen sozusagen den Schemata und führen das Verhalten fort. In der Kindheit ausgenutzte Menschen lassen sich auch später ausnutzen, bleiben sozusagen »Opfer«, weil sie denken, das Leben sei eben so. In der Psychodynamik nennt man das Wiederholungszwang. Paul Watzlawick (1976) nennt es eine selbsterfüllende Prognose. Darauf werden wir in ► Kap. 3 eingehen.

## 1.2.3 Modi

Schemata können als stabile Charakteristika (»traits«) verstanden werden, welche nach der Entstehung in der Kindheit und Jugend stabil bleiben. Ein Schemamodus bezeichnet in der Schematheorie einen zu einem bestimmten Zeitpunkt aktivierten komplexen Zustand (»state«). Die Arbeit mit Schemamodi wurde entwickelt, als Young und sein Team versuchten, das Schemamodell bei der Behandlung von Patientinnen mit Borderline-Störung anzuwenden (Young et al., 2005). Borderline-Patientinnen können in Momenten starker emotionaler Aktivierung abrupt zwischen verschiedenen Zuständen wechseln (sog. Mode-Flipping). Wenn Schemata die »geronnene Vergangenheit« in uns sind, dann sind Modi ihre gegenwärtige Erscheinungsform. Sie setzen sich aus dem aktivierten Schema und der (unbewusst erlernten) Schemabewältigung zusammen. Im Schema-Mode-Inventary (SMI) werden 14 Modi erfasst:

### *Kindmodi*

- Verletzbares Kind
- Ärgerliches Kind
- Wütendes Kind
- Impulsives Kind