

Zentrale Konzepte und deren historische Entwicklung der aktuellen kognitiv emotionalen Verhaltenstherapie

Für alle, die unseren ganzen theoretischen Hintergrund ein wenig genauer kennenlernen möchten. Dies aber natürlich auch nur im Überblick. Fragen sind dann jederzeit in den Sitzungen erlaubt.

Inhalt

1) Frage – Welche Kriterien bestimmen die Adaptation einer Theorie in die KVT?.....	2
2) Die vier wichtigsten Störungsmodelle und die „drei Wellen“ auf dem Weg zur heutigen kognitiven Verhaltenstherapie.....	2
1. Konfliktmodelle.....	3
2. Lerntheoretische Modelle – erste Welle.....	4
3. Kognitives Modell – zweite Welle.....	6
4. Emotions- Lebensgeschichtlich- Achtsamkeits-Neurobiologisch orientierte Verhaltenstherapie – dritte Welle.....	9
a) Starke Getrenntheit des emotionalen und des rationalen Bewertungssystems.....	9
b) Maladaptive Erlebensschemata sind größtenteils in frühen Bindungserfahrungen (Bowlby) begründet.....	9
c) Grundbedürfnismodelle.....	10
d) Schematherapeutisches Modell.....	13
3) Aus den Störungsmodellen folgen die Interventionsmethoden.....	18
1. Edukative Ansätze.....	18
2. „Kognitive Umstrukturierung“	18
3. Exposition, Konfrontation hps. bei Angstspektrumsstörungen.....	19
4. Methoden aus der Dritten Welle.....	20

1) Frage – Welche Kriterien bestimmen die Adaptation einer Theorie in die KVT?

Zentrale Kriterien für die Akzeptanz von psychologischen Modellen als verhaltenstherapeutische Theorie und Methode dürften heute sein:

- Versuch der wissenschaftlichen Überprüfung oder Überprüfbarkeit der Behauptung
- Modell des Menschen als lernendes Wesen und die spezifischen benennbare Eigenschaften des Lernens werden beachtet

2) Vier wichtige Störungsmodelle und die „drei Wellen“ auf dem Weg zur heutigen kognitiven Verhaltenstherapie.

1. Konfliktmodell
2. Lerntheoretisches Modell – erste Welle der VT
3. Kognitives Modell – zweite Welle der VT
4. Emotions- lebensgeschichtlich- Achtsamkeits-neurobiologisch orientiert – dritte Welle der VT

1. Konfliktmodelle

Grundannahme – Subjektiv als unvereinbar bewertete Bedürfnisse bzw. Handlungsimpulse führen zu psycho- oder psychosomatischer Symptomatik, da sie als extrem spannungsreich und lähmend erlebt werden

Konflikte zwischen:

Annäherungs-

zB. Bequem sein ist Lustvoll

Annäherungs-

zB. Ich möchte geschäftlich erfolgreich sein

Vermeidungs-

zB. Zeige keine Schwäche, deshalb zeig dich nicht zu sehr

vs. Annäherungszielen

Ich möchte erfolgreich sein

Vermeidungszielen

Du darfst keine Fehler machen

Vermeidungszielen

Gelte nicht als verschlossen, sonst mag dich niemand

oder Konflikten zwischen:

- verschiedenen Bedürfnissen
- Bedürfnissen und der Realität
- Bedürfnissen und dem Preis dafür
- Bedürfnisbefriedigung verfolgen vs. Bedürfnisbedrohung verhindern (Sicherheit und Schutz)

Wichtige Theoretiker dazu:

Miller

Pawlow

Grawe

2. Lerntheoretische Modelle – erste Welle

(etwa 1900 bis 1950)

Ziel:

Lassen sich Gesetzmäßigkeiten des Verhaltens auf von außen beobachtbarer Ebene bestimmen. Innere Prozesse wurden nicht negiert (Black Box) waren aber nicht Gegenstand der Beobachtung.

Wichtige Forscher und Experimente:

Thorndike - formulierte klassisches und operantes Konditionieren als erster (wenn auch noch nicht mit diesen Namen); Experiment: Box mit Mechanismus zum öffnen und folgender Belohnung mit Futter.

Pawlow - hps. klassisches Konditionieren – Speichelsekretion bei Glockenschlag (1905);

Watson - kleinem Albert Angstreaktion ankonditioniert – berühmt berüchtigt (1920);

Skinner - operant – Skinnerbox (etwa 1940-1950);

Klassisches Konditionieren: $S \Rightarrow$ Emotion

Aus angeborenen physiologischen Gründen aufgetretene Symptome werden klassisch an beliebige Auslöser konditioniert.

Operantes Konditionieren: $S \Rightarrow R \Rightarrow K \Rightarrow$ erhöhte Auftretenswahrscheinlichkeit von R.

Zufällig (bzw. Versuch und Irrtum) aufgetretene Symptome werden ständig stärker, weil sie positive Konsequenzen (Positive Konsequenz oder negatives fällt weg) für die Person haben zB. bekommt man dafür Aufmerksamkeit.

Kombiniert: Zweifaktoren-Theorie (Miller `48)

zB. Kind erlebt in der Schule Bestrafung als sehr unangenehm (operant konditioniert) \Rightarrow Anblick der Schule ruft danach alleine körperliche Beschwerden hervor (klassisch konditioniert); Vermeidungsverhalten wird aufgebaut und Symptomatik. Vermeidungsverhalten wird operant verstärkt.

Führt dann aber zu einem Verstärkerverlust (positive Konsequenzen werden stark reduziert).

Die Bewertung einer Konsequenz als positiv war ursprünglich betont subjektiv ohne Vorgabe von allgemeinen positiv besetzten Motiven.

Übergang in Kognitive Modelle:

zB. durch Seligman (67) mit gelernter Hilflosigkeit; Kausalattributionen; Selbstwirksamkeitsüberzeugungen;

Es wurde in der Forschung der allgemeinen Psychologie deutlich, dass sich das beobachtete Verhalten mit der Betrachtung der **Art der Verarbeitung** der Erfahrungen und deren Logik und der dadurch gebildeten **inneren Repräsentanzen besser erklären** ließen als nur durch klassisch und operant konditionierte Prozesse.

Grundgedanken des Lernens sind nach wie vor wichtig.

Es sind aber mit der kognitiven Wende (ab etwa 1950 in der Lernforschung) und jetzt der aktuellen neurobiologischen Gehirnforschung (ab etwa 1990, Domasio)

weitere Lernmethoden und Eigenschaften des Lernens

deutlich stärker in den Fokus gekommen:

- Modelllernen
- Repräsentanzen der Erfahrung
- kognitive Verarbeitungsmechanismen
zB. Verallgemeinern, Abstrahieren, logische Schlüsse wie Induktion und Deduktion usw.
- emotionsgesteuertes zustandsabhängiges Lernen und Gruppieren

Neurobiologische Hirnforschung:

- nichts gelerntes = gespeichertes ist lösbar;
- Mensch bleibt lernfähig;
- Die sozusagen doppelte Verarbeitung / Speicherung aller gemachten Erfahrungen im episodisch emotionalen System und im rational sprachlich symbolischen System.
- Um episodisch emotionale Inhalte mit neuen rationalen Bewertungen zu verknüpfen ist die neuronale Erregung dieser Strukturen erforderlich.

usw.

Psychotherapie als „etwas Neues dazulernen“ aufzufassen, auch wenn es heute hps. neue Bewertungen sind, die es gilt dazu zu lernen, ist immer noch zentrale Annahme in der VT. Das fordert in der Therapie darauf zu achten, dass der Pat. möglichst gut lernen kann.

Einfache **Notwendigkeiten für das Lernen:**

- **Motivation** durch Verständnis / Erkenntnis
- Umsetzen des gewünschten Denkens in konkretes Verhalten, um **Erfahrung** der positiven Konsequenz deutlich zu machen und abzusichern
- das **Training / Üben** dh. die regelmäßige Wiederholung in möglichst kurzen Abständen usw.

Lernen ist hauptsächlich ein Merken, dh. die neue Erkenntnis verschwindet auch wieder, wenn sie nicht solide abgespeichert wird.

Alte dysfunktionale Schemata verschwinden dagegen nicht wieder, weil sie schon solide abgespeichert wurden.

3. Kognitives Modell – zweite Welle

Zentrale Grundfragen und Modellaspekte sind:

- Wie sieht die innerliche **Be- und Verarbeitung** von Erfahrungen aus
- Wie sehen die **inneren Repräsentanzen** der Erfahrungen aus

Damit ist es mit der klassischen VT, die innere Prozesse nicht thematisieren möchte, kaum dass es los ging, auch schon wieder seit 50 Jahren vorbei.

Epiktet wird oft zitiert- nicht die Dinge selbst beunruhigen die Menschen, sondern die Vorstellungen (damit meinte er hauptsächlich Bewertungen) von den Dinge

Die wichtigsten Vertreter der kognitiven Wende in der Psychotherapie sind zweifelsohne A. Ellis und Aaron T. Beck (etwa 1950 bis 1990) (beide kamen aus psychoanalytischer Tradition, waren nur mit den therapeutischen Methoden und erreichten Wirkungen nicht zufrieden).

S – Kognition - Emotion

Kern des Modelles:

Dysfunktionale Grundannahmen über sich, die anderen und die Umwelt führen zu den Störungen.

Dysfunktional meint für das Erreichen persönlich wichtiger Ziele nicht hilfreich.

Grundannahmen werden unterschiedlich bezeichnet und auch differenziert

- zb. beliefs – Ellis; Pläne – Grawe, Überlebensregeln-Sulz; automatische Gedanken und Grundannahmen -Beck.

Ein Großteil dysfunktionaler Kognitionen sind Bewertungen, und davon ein Großteil bezieht sich auf den Selbstwert.

Hinzu kommt eine typische dysfunktionale Verarbeitung von gemachten Erfahrungen, von Beck als „Denkfehler“ bei Depression bezeichnet zB. negatives hervorheben, willkürliches Schlussfolgern, Personalisierungen, Katastrophisierungen, dichotomes Denken usw. ;

Bsp.:

- **Depression:** „nur wenn ich außergewöhnliches leiste bin ich wertvoll, hat mein Leben einen Sinn; ich werde für mich wichtige Ziele nie erreichen “
- **Panikstörung:** „Wenn ich im Elternabend eine Panikattacke bekomme, werde ich ausgelacht, abgewertet, nicht mehr ernst genommen werden, und werde die Kontrolle über meine Klasse, mein Leben verlieren, usw.“
- **Zwang:** „dass ich solche Gedanken habe, zeigt dass ich ein schlechter Mensch bin“
„Wenn ich solche Gedanken habe, werde ich die auch ausführen“

Auch Persönlichkeitsstörungen zeigen typische dysfunktionale Annahmen (Beck, Sachse).

Beck (1990) erklärt das **Aufgreifen von „pathogenen“ Kindheitserlebnissen** in Form von Imaginationsübungen und Rollenspielen mit Rollentausch zumindest für Persönlichkeitsstörungen als absolut notwendig, um Veränderung zu erreichen. Das **erneute durchleben** sieht er als notwendig an, um die aus der Erfahrung abgeleiteten Einstellungen zu verändern. „Wird z.B. nur über das traumatische Ereignis gesprochen, so folgt daraus zwar die geistige Einsicht, warum der Pat. ein negatives Selbstbild hat, eine wirkliche Veränderung des Bildes findet jedoch nicht statt. Um das Bild zu modifizieren, muss man in die Vergangenheit zurückgehen, ...wird die **Fehlkonstruktion – zusammen mit dem Affekt aktiviert**, so dass die kognitive Umstrukturierung stattfinden kann.“

Beck begründet das aber noch nicht theoretisch und auch noch nicht empirisch sondern gibt nur seine Erfahrung wieder.

Trotzdem leitet er damit auch schon in die Dritte Welle der VT über.

4. Emotions- Lebensgeschichtlich- Achtsamkeits-Neurobiologisch orientierte Verhaltenstherapie – dritte Welle

Lerntheorien und kognitives Modell **werden ergänzt** mit folgenden drei Annahme:

- a) Starke Getrenntheit der emotional episodischen und der rational symbolischen Verarbeitung (was zur Folge hat, dass für eine Veränderung die episodische Grundlage des Gefühles aktiviert sein muss).
- b) Bedeutung frühkindlicher Beziehungserfahrungen
- c) Grundbedürfnismodell
- d) Schematherapeutisches Modell

a) Starke Getrenntheit des emotionalen und des rationalen Bewertungssystems

Alle Erfahrungen über sich, die Anderen und die Welt werden sozusagen doppelt wahrgenommen, verarbeitet, abgespeichert und verdichtet. Einmal auf der rational sprachlich-symbolischen Ebene und einmal auf einer episodisch emotionalen Ebene.

Je höher die Erregung bei den Erfahrungen war, desto weniger sind die beiden Bereiche bezüglich dieser Erfahrung verbunden und desto geringer ist der Einfluss der sprachlich rationalen Ebene auf das Gefühl.

Psychotherapie (als neue Erfahrung) findet schwerpunktmäßig auf der rational sprachlich symbolischen Ebene statt. Beeinflusst werden soll aber das Gefühl.

Das heißt für eine wirkungsvolle Veränderung ist auf eine starke Verbindung mit dem episodisch emotionalen System zu achten. Dies erfordert das Herstellen einer deutlichen emotionalen Erregung während der Psychotherapie. Die Aufgabe ist, das Erregungsniveau in einem neue Verknüpfungen fördernden optimalen Bereich zu halten, ohne eine Übererregung, die als Kontrollverlust nach innen erlebt würde, zuzulassen.

Die emotionale Beteiligung wird durch unterschiedliche **gefühlsaktivierende Techniken** erreicht.

Psychotherapie ist hauptsächlich der Aufbau von neuen das alte maladaptive Schema kompensierenden sprachlich-symbolischen Bewertungsstrukturen. Dies soll zu einer Schwächung der mit alten weiterhin vorhandenen Erlebensschemata verbundenen Gefühle führen, muss dazu deshalb möglichst stark mit diesen verbunden werden.

Der stark episodische Charakter der maladaptiven Schemata wird aufgegriffen durch die deutlich stärkere lerngeschichtliche Ausrichtung in der Psychotherapie. Wichtigste theoretisch wissenschaftliche Grundlage ist dabei die Bindungstheorie nach Bowlby.

b) Maladaptive Erlebensschemata sind größtenteils in frühen Bindungserfahrungen (Bowlby) begründet.

Bowlby / Ainsworth konzeptualisierten kindliche Belastung im Charakter und der Qualität der Mutter (Vater) Kind Beziehung. Sie unterschieden:

Unsicher vermeidende Bindung	(Wenig Reaktion, wenn Mutter weg geht; Baby vermeidet Kontakt nach der Rückkehr der Mutter)
Ambivalent unsichere Bindung	(suchen Kontakt; sind wütend, widerstreben dem Kontakt bei Rückkehr der Mutter)
Sichere Bindung	(kaum Trauer, wenn die Mutter geht oder Schmerz, dass sie weg ist; suchen Kontakt wenn Mutter zurückkehrt)

Der Bindungsstil lässt sich an der Art der Interaktion Mutter Kind feststellen.

Dieser Beziehungsstil bleibt dann sehr stabil erhalten und wird auch wieder an die eigenen Kinder weitergegeben.

c) Grundbedürfnismodelle

Dysfunktionale Grundannahmen aus der Kognitiven VT (zweite Welle) waren ursprünglich nur dadurch definiert, dass sie für das Erreichen der individuellen persönlichen Ziele des Patienten nicht hilfreich erschienen. Der Entstehungsgeschichte wurde kaum Bedeutung beigemessen. Es wurde davon ausgegangen, dass das Erkennen, dass diese nicht hilfreich sind eine Veränderung ermöglicht.

Die stärkere Beachtung der Bindungs- (Bowlby) und Entwicklungsforschung (Piaget; usw.) hat das Augenmerk wieder mehr auf die Entstehungsbedingungen gelenkt.

Damit wurde wieder gewagt allgemein notwendige Voraussetzungen für eine gesunde bzw. eine dysfunktionale psychische Entwicklung inhaltlich zu beschreiben. Dabei wird in der VT hauptsächlich auf das Konstrukt von Grundbedürfnissen zurückgegriffen. Hier ist natürlich wieder Grawe die große berechtigte Kraft.

Damit befindet man sich auch wieder in der Tradition der gesamten Motivationspsychologie. Ursprüngliche homöostatische Ansätze, Instinkt und Triebideen und Bedürfnismodelle als innere Antriebe (die alten Griechen zb. Platon; James, Freud, McDougall usw. ca. Ende 18. Jhdr.,) wurden damit einerseits aufgegriffen andererseits von allzu historisch bedingten Spekulationen befreit.

Ein zentrales Grundmodell für die Entstehung der dysfunktionalen Erlebisschemata ist in der „dritten Welle“ also die Annahme von frustrierten Grundbedürfnissen (Sulz 94; Grawe 04; usw).

Dysfunktionale Grundannahmen aus der kognitiven VT (zweite Welle) werden gesehen als dysfunktionale Bewältigungsstrategien für Situationen in der Kindheit in denen Grundbedürfnisbefriedigung bedroht war, nicht stattgefunden hat oder aktiv geschädigt wurde (=Traumatisierung).

Sie sind der Versuch mit dieser Situation zurechtzukommen, die Bedürfnisse doch noch erfüllt zu bekommen, oder das Wiedererleben der schmerzlichen Gefühle zu vermeiden.

Je verletzender die Erfahrungen desto weniger sprachlich eingebunden sind sie. Im Extremfall erfolgt die Abspeicherung rein episodisch emotional. Mit dem Ereignis assoziierte / verknüpfte Reize können bei deren Auftreten ein völlig unrelativiertes Wiedererleben der Emotion auslösen.

Es wird aber nicht nur episodisch abgespeichert sondern auch verdichtet zu auf neue Situationen angewendeten Bewertungen und Annahmen wie die Welt funktioniert (Realitätsmodell). Diese dienen dann als Bewertungs- und Interpretationsgrundlage aller aktuellen Erfahrungen („erinnerte Gegenwart; kognitive Fusion; Übertragung usw. entspricht auch einer stark konstruktivistischen Sicht).

Zusätzlich zu der Entwicklung und Abspeicherung dysfunktionaler Bewältigungsstrategien werden auch die erlebten Bewertungen abgespeichert.

Abwertend unerbittlich fordernden Elternbewertungen werden verinnerlicht zum einen mit der Logik, „das darf ich nicht vergessen, damit ich doch noch meine Bedürfnisse befriedigt bekomme“ und zum anderen mit der Annahme (Verallgemeinerung), „wenn die Eltern das so bewerten, wird die Welt so sein, dann sollte ich mir das merken, um mich schützen zu können“ (Entwicklung eines Realitätsmodelles).

Diese inhaltlichen Unterscheidungsmöglichkeiten und verschiedenen Qualitäten der abgespeicherten Schemata sowie das Ziel der emotionalen Aktivierung führen dazu, dass neben den gefühlsaktivierenden Methoden zB. aus der Gestalttherapie, Therapieansätze aus dem Bereich der Ego state Therapien (Freud, Watkins, Berne, Chopich, Schulz von Thun, Young, usw.) in der VT aufgegriffen werden.

Das heute in Deutschland am weitesten verbreitete Modell zu Grundbedürfnissen ist das Modell von Grawe (2004).

Etwas ausführlicher beschreibt Sulz folgende kindlichen Bedürfnisse:

- Willkommen sein, dazu gehören
- Geborgenheit, Wärme
- Schutz, Sicherheit, Zuverlässigkeit
- Liebe erhalten
- Aufmerksamkeit, Beachtung
- Empathie, Verständnis
- Wertschätzung, Bewunderung
- Selbst machen, selbst können
- Selbstbestimmen
- Grenzen gesetzt und Normen vermittelt bekommen
- Gefordert und gefördert werden
- Idealisierung, Vorbild haben
- Intimität, Hingabe, Erotik
- Liebe geben dürfen

Grundmodell des seelischen Geschehens nach Grawe – Grundbedürfnisse, Motivationale Schemata und Konsistenz als Grundideen (2004)

Biologische Ebene:

Stärke der Ausprägung der einzelnen Grundbedürfnisse und die Bevorzugung bestimmter motivationaler Schemata ist auch eine biologische Eigenschaft und von Person zu Person unterschiedlich

Begabungen – biolog. bedingte Leistungsfähigkeit auf allen Ebenen

Temperament als biologische Ausprägung der emotionalen Reagibilität in den verschiedenen Gefühlen bestimmt sowohl die Bewertungen als auch die Entwicklungen der motivationalen Schemata mit

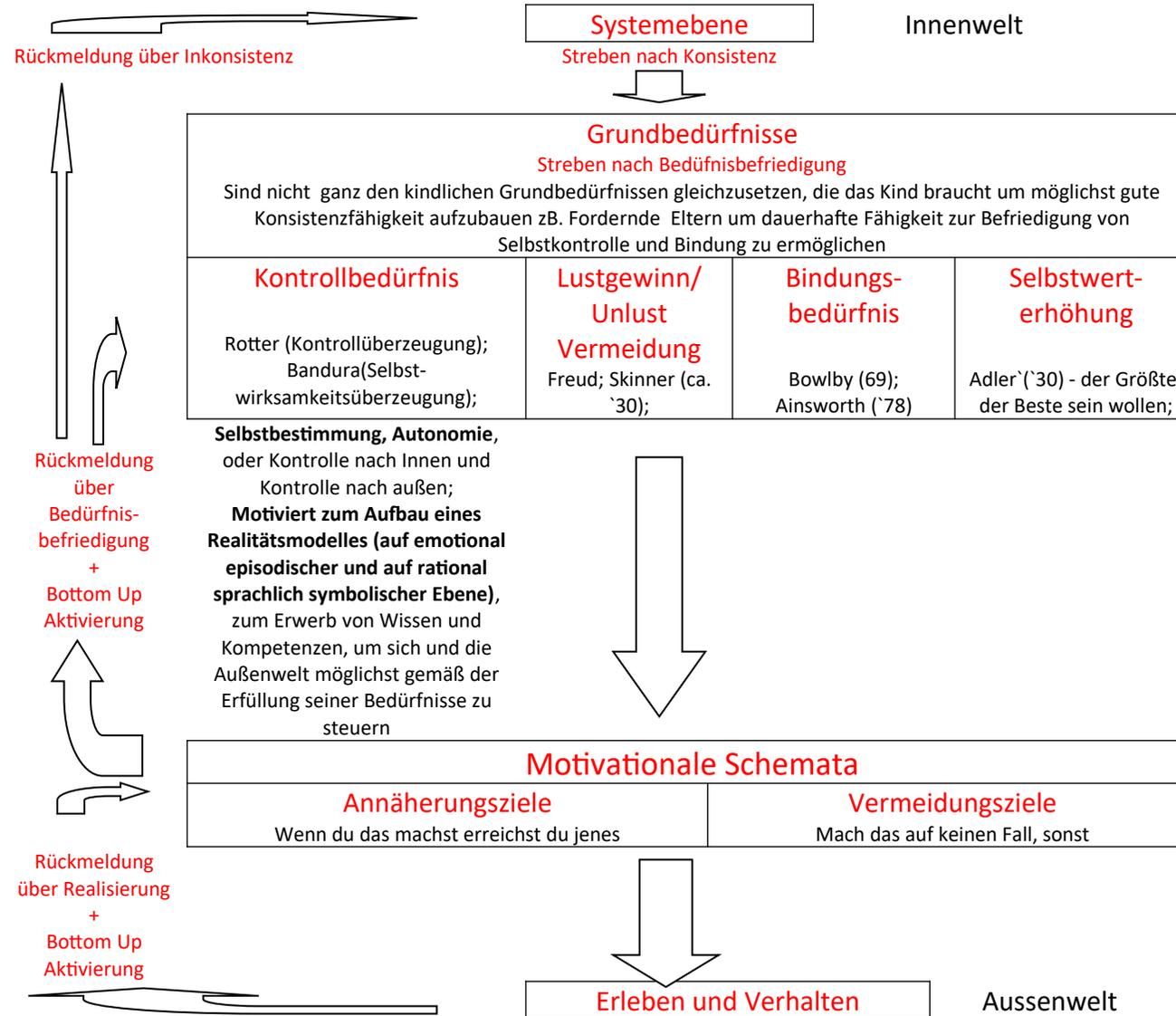
Bewertungs- Rückmeldesystem:

Bewertung hinsichtlich der Erfüllung sowohl der motivationalen Schemata als auch der Grundbedürfnisse erfolgt auf doppelter und relativ getrennter Ebene nämlich mit dem

Emotionalen Bewertungssystem und dem

rational sprachlichen Bewertungssystem und damit Steuerungssystem

Ist das **Sicherheitsbedürfnis** ein Bedürfnis oder ist es dem emotionalen Bewertungssystem oder spezifischer dem Angstsystem zuzuordnen als funktionales System, das prüft ob die Grundbedürfnisse befriedigt sind und auch in Zukunft befriedigt werden. Entwickelt es sich nur mit der Erfahrung der Bedrohung der Grundbedürfnisse oder ist es selbst als Grundbedürfnis anzusehen.



3)

d) Schematherapeutisches Modell

Folgender Text stammt weitgehend aus „*Schematherapeutisch basierte Supervision*“ von A. Neumann et al.

Das schematherapeutische Modell geht in der Störungsverursachung von der Nichterfüllung von kindlichen Grundbedürfnissen aus. Der Schwerpunkt des Modells liegt aber nicht auf der Beschreibung dieser Grundbedürfnisse sondern auf der Beschreibung der Auswirkungen der Frustration dieser (dh. welche dysfunktionalen Annahmen über sich und die Welt werden dadurch entwickelt) und der Interventionen.

Die schädigenden Auswirkungen werden einmal als **dysfunktionale Schemata** beschrieben und zum anderen in dysfunktionale Bewältigungs-Ich-Anteile und dysfunktionale innere Eltern-Ich-Anteile genannt **Modi** zusammengefaßt.

Die Schemata sind durch Beobachtung entwickelt und mit Fragebögen überprüft worden.

Es werden folgende Schemata unterschieden: (zitiert aus Young et al.)

Domäne I: Abgetrenntheit und Ablehnung: Es besteht die Erwartung, dass Bedürfnisse nach sicherer und stabiler Bindung, Halt und Geborgenheit nicht erfüllt werden.

- (1) **Emotionale Verlassenheit/ Instabilität:** beinhaltet das Gefühl, von Bezugspersonen im Stich gelassen worden zu sein.
- (2) **Misstrauen/Missbrauch:** Es besteht die Erwartung, in Beziehungen missbraucht, verletzt oder manipuliert zu werden.
- (3) **Emotionale Entbehrung** beinhaltet das Gefühl, Zuwendung, Schutz oder Empathie zu entbehren.
- (4) **Unzulänglichkeit/Scham** ist charakterisiert durch ein grundlegendes Gefühl unerwünscht, minderwertig oder unfähig zu sein.
- (5) **Soziale Isolierung/Entfremdung** beinhaltet, sich zu einer sozialen Gruppierung oder der Gesellschaft nicht zugehörig und sich isoliert zu fühlen.

Domäne II: Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung: Ursächlich ist ein durch die Eltern frustriertes Bedürfnis nach Autonomie und Eigenständigkeit. Diese Frustration bedingte das Selbstbild, lebensuntüchtig und unselbständig zu sein und ist gekennzeichnet durch ein mangelndes Vertrauen in eigene Fähigkeiten und Kompetenzen.

- (6) **Abhängigkeit / Inkompetenz** beinhaltet eine emotionale Abhängigkeit und Orientierung an einem starken Gegenüber.
- (7) **Anfälligkeit für Schädigungen** ist charakterisiert durch Sorgen und Befürchtungen in Bezug auf den eigenen Körper, die eigene Psyche oder Katastrophen in der Umwelt.

- (8) **Verstrickung / Unentwickeltes Selbst:** Die Personen sind extrem eng mit nahen Bezugspersonen verbunden einhergehend mit nicht entwickelter eigener Identität.
- (9) **Erfolglosigkeit / Versagen:** Hierbei dominiert das Gefühl, im Vergleich mit anderen hinsichtlich wichtiger Lebensaufgaben zu versagen oder erfolglos zu sein.

Domäne III: Beeinträchtigung im Umgang mit Begrenzungen wird begünstigt durch mangelnde Grenzsetzung durch die Eltern, die zu wenig Orientierung oder Führung boten und vom Kind keine Verantwortungsübernahme forderten.

(10) **Anspruchshaltung / Grandiosität:** Es besteht in dem Gefühl, besonders und anderen überlegen zu sein.

(11) **Unzureichende Selbstkontrolle:** Der Betroffene kann wenig Frustrationen ertragen, ist einseitig lustorientiert, wenig anstrengungsbereit und kann diesbezügliche Impulse kaum selbst steuern.

Domäne IV: Übertriebene Außenorientierung und Fremdbezogenheit: steht im Zusammenhang mit einem durch die Bezugspersonen frustrierten Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung oder -verwirklichung. Das Kind erhielt Anerkennung nur bei außergewöhnlichen Leistungen und lernte, sich in extremem Maß auf die Bedürfnisse des Gegenübers zu konzentrieren, um dessen Erwartungen zu erfüllen.

(12) **Unterwerfung:** Dieses Schema ist gekennzeichnet durch ein Hintenanstellen der eigenen Wünsche und Bedürfnisse zugunsten des Gegenübers.

(13) **Selbstaufopferung:** ist charakterisiert durch übermäßiges Bemühen, die Bedürfnisse des anderen zu erfüllen.

(14) **Streben nach Anerkennung und Zustimmung:** Das Selbstwerterleben ist extrem auf die Bestätigung und Anerkennung durch andere ausgerichtet.

Domäne V: Übertriebene Wachsamkeit und Gehemmtheit: Ursächlich ist ein rigider strenger Erziehungsstil der Eltern, welche einseitig Pflichterfüllung, Leistungsbereitschaft und Perfektionismus vom Kind forderten und das Bedürfnis nach Freiheit (im Sinne von Lustorientierung, Spaß und Spiel) frustrierten. Der Betroffene ist durch dementsprechende strenge verinnerlichte Regeln charakterisiert.

(15) **Negativität / Pessimismus:** ist charakterisiert durch Überbetonung von negativen Lebensaspekten. Permanente Sorge und Unsicherheit sind kennzeichnend.

(16) **Emotionale Gehemmtheit:** Der Betroffene leidet unter starker Hemmung eigener triebhafter oder lustbezogener Impulse.

(17) **Überhöhte Standards:** Diese Dimension ist dadurch gekennzeichnet, hochgesteckte moralische, perfektionistische Ansprüche an sich selbst zu haben.

(18) **Strafneigung:** Ist charakterisiert durch die Überzeugung, dass Menschen für ihre Fehler bestraft werden sollten.

Die beiden ersten drei Kategorien stellen die direkte, unbedingte Reaktion auf eine Verletzung von Grundbedürfnissen durch die Bezugspersonen dar. Die beiden letzten Kategorien sind konditional entstanden, d.h. sie stellen bereits einen Bewältigungsversuch des Kindes auf Schemaebene im Umgang mit den Bezugspersonen dar (Young et al., 2005).

Modusmodell (Selbst oder Ich-Anteile)

Im Modus werden die Schemata in funktionale Kategorien (Selbst- oder Ich-Anteile) zusammengefasst und dadurch die Dynamik aus Schemaaktivierung und Bewältigungsversuch handhabbar beschrieben.

Das Modusmodell erleichtert es damit, einerseits die Komplexität des psychischen Geschehens abzubilden und andererseits, die Therapie bildlich, erlebnisorientiert und damit auch für den Patienten gut verständlich zu gestalten.

Young unterscheidet in seinem Modusmodell:

1. **Kind-Modi,**
2. **Maladaptive Bewältigungsmodi,**
3. **Dysfunktionale Innere Eltern-Modi** und den
4. **Integrierten Modus / Modus Gesunder Erwachsener.**

1. Die Kind-Modi

Bei den **Kind-Modi** handelt es sich um das Erleben primärer Emotionen.

Es werden folgende Kind-Modi beschrieben:

- glückliches Kind
- verletztes Kind (mit den Emotionen Traurigkeit, Angst, Hilflosigkeit),
- wütendes und
- undiszipliniert-impulsives Kind (mit dem Emotionen Wut, Ekel).

Das Gefühl der Freude wird dem adaptiven Modus „glückliches Kind“ zugeordnet, dessen Grundbedürfnisse befriedigt werden.

Emotionen wie Stolz, Schuld, Scham, Verachtung werden hingegen als „sekundäre Emotionen“ definiert, die als Reaktion auf Elternverhalten entstanden sind. Sie werden den Bewältigungsmodi zugeordnet.

2. (Dysfunktionale) Innere-Eltern Modi

Entsprechend der inhaltlichen Ausrichtung können die dysfunktionalen inneren Eltern als strafend, fordernd, quälend, perfektionistisch beschrieben werden.

Der strafende nach innen gerichtete Innere-Eltern-Modus zeigt sich z.B. in einer negativen Selbstbewertung wie „Du bist zu blöd“. Nach außen gerichtet wertet er das Gegenüber ab „Der Therapeut ist dumm“ oder will es bestrafen: „Diesem miesen Therapeuten gehört die Approbation entzogen!“ Die fordernden Innere-Eltern-Modi fordern zu Leistung und Erfüllung überhöhter Standards auf, entweder gegen die eigene Person oder nach außen gerichtet.

3. Maladaptive Bewältigungsmodi

Bei den **Maladaptiven Bewältigungsmodi** handelt es sich um früh erlernte, heute maladaptiv gewordene Verhaltensmuster, meist begleitet von sekundären Gefühlen wie Schuld, Scham, Verachtung, Stolz. Sie stellen in der Entstehungszeit die damals bestmöglichen Reaktionen dar und wirkten im Sinne der Konsistenztheorie Grawes spannungsreduzierend (Grawe 1998). In den auslösenden Situationen „regredieren“ die Patienten durch die Schemaaktivierungen wieder in den alten Erlebenszustand und betrachten die Welt gewissermaßen wieder mit ihren Kinderaugen und die alten Reaktionen werden unverändert und automatisiert eingesetzt (Roediger 2011). Entsprechend ihrer beziehungsregulierenden interpersonellen Funktion werden sie im Wesentlichen eingeteilt in:

1. *Unterordnender Modus* (bereitwilliger Erdulder / angepasster Aufopferer). Der unterordnende Modus dient der Herstellung von Bindung.

2. *Gefühlsvermeidende Modi* treten in Form von: distanzierendem Beschützer (passive Vermeidung wie Tagträumen), distanzierendem Selbstberuhiger oder aggressivem Beschützer (aktive Vermeidung) auf. Auf der Grundbedürfnisebene dienen sie der Unlustvermeidung bzw. auch dem Lustgewinn sowie dem Selbstwertschutz.

3. *Überkompensierende Modi* dienen der Selbstwerterhöhung oder dem Gewinn von Kontrolle. Sie sind grob unterscheidbar in: Selbsterhöher/Wichtigtuender; Pöbel-/Angreifermodus; Manipulierer/Trickser/Lügner; Zerstörer-/Killermodus; Zwanghafter/Wahnhafter Kontrolleur.

4. Der Integrierte Modus oder Der gesunde Erwachsene

Dieser **Integrierte Modus** oder **Der gesunde Erwachsene**: Er repräsentiert wohlwollend-vernunftorientiert-selbstreflexive Einstellungen und ermöglicht eine achtsame Wahrnehmung der inneren Prozesse im „Hier und Jetzt“, eine Unterbrechung von maladaptivem Bewältigungsverhalten, eine distanzierte Neubewertung /Entmachtung der internalisierten Eltern-Anteile und fürsorgliche Selbstinstruktionen als Einstieg in eine funktionale Problemlösung. Der gesunde Erwachsene dient dazu, die Gefühle des Kind-Modus zu validieren, wobei die wütenden Anteile eingegrenzt und die darin wirkende Energie in funktionales Selbstbehauptungsverhalten überführt werden müssen. Den verletzten Anteilen wird dagegen tröstend und beruhigend begegnet, so wie es gute Eltern tun. Damit wird ein gesunder Erwachsenenmodus durch die Internalisierung eines fürsorglichen Verhaltens der Bezugspersonen (bzw. später des Therapeuten) gebildet. Die entscheidende Frage ist (wie in dem Beispiel oben) stets: „*Was braucht das Kind wirklich?*“ Mit dieser Frage werden die (nicht

erfüllten) Grundbedürfnisse des Kindes offengelegt und können jetzt gezielt befriedigt werden. Dann müssen die Patienten nicht mehr in die maladaptiven Bewältigungsmodi gehen.

4) Aus den Störungsmodellen folgen die Interventionsmethoden

Hier soll nicht der ganze therapeutische Verlauf (Beziehungsaufbau, Diagnostik, Analyse, usw.) beschrieben werden, da sich der Ablauf und Prozess der Therapie in verschiedenen Schulen wohl wenig unterscheidet (er wird ja nicht durch die Schule sondern durch die Dynamik der Psyche vorgegeben), sondern nur stichpunktartig die wichtigsten Interventionsmethoden der VT aufgeführt werden.

1. Edukative Ansätze
2. „Kognitive Umstrukturierung“
3. Exposition, Konfrontation
4. Emotions- Lebensgeschichtlich- Achtsamkeits-orientierte Interventionen

1. Edukative Ansätze

Die Sicht der Veränderung als Lernprozess und einer partnerschaftlich therapeutischen Beziehung auf gleicher Augenhöhe sowie der kompensatorischen Annahme erlaubt die Vermittlung von ganz konkreten Kompetenzen auch durch edukative Vermittlung von psychologischem Wissen (Pat. darf sich psychologisch genau so gut auskennen und genau so kompetent sein wie der Therapeut). Die wichtigsten Bereiche dafür sind in der Erwachsenen VT zB.

- Emotionstheorien;
- soziale Kompetenzen hps. Kommunikation – Schulz von Thun (4 Seiten der Kommunikation) und Rosenberg (Gewaltfreie Kommunikation)

2. „Kognitive Umstrukturierung“

Schritte der Kognitiven Umstrukturierung: Zunächst geht es darum, die das Erleben und Verhalten steuernden, nicht hilfreichen automatischen Gedanken und zugrunde liegenden dysfunktionalen Grundannahmen über sich, die Anderen und die Welt herauszuarbeiten.

Dazu werden konkrete Situationen in denen der Pat. leidet, mit denen er unzufrieden ist, in denen er sich nicht so verhält, dass er seine Ziele erreichen würde erfragt und analysiert (Verhaltensanalyse). Es wird vom beobachteten Verhalten und berichtbaren bewussten automatisch begleitenden Gedanken dazu auf unbewusste Grundannahmen geschlossen, die logischer Weise vorhanden sein müssten, um sich so zu verhalten wie der Pat. es macht. Es werden die dysfunktionalen Annahmen des Pat. anhand konkreter Situationen erfragt. Man

erschließt von konkreten automatischen bewusstseinsnahen das Verhalten steuernden Gedanken immer mehr die grundsätzlicheren maladaptiven Annahmen.

Dann wird der subjektive beliebige und nicht hilfreiche Charakter dieser Annahmen und Bewertungen im sokratischen Dialog herausgearbeitet.

Fragen sind die wichtigsten Interventionen:

Was ist Ihr Ziel? Ist die Bewertung / Annahme dafür hilfreich? Ist sie realistisch, ist sie bewiesen, ist sie eine Tatsache oder eine subjektive Meinung, ist sie messbar, mache ich anderen gegenüber auch diese Bewertung, wo habe ich diese Bewertung her - Lerngeschichte erfragen, was sind meine grundsätzlichen allgemeinen bildungsbedingten Werte usw.

Der Pat. wird angehalten hilfreichere Annahmen und Bewertungen kreativ zu entwickeln und mittels Verhaltensexperimenten auf ihren Realitätsgehalt zu prüfen.

Die emotionale Wirkung der neuen Bewertungen wird imaginativ überprüft.

Es werden Verhaltensweisen festgelegt und eingeübt (Rollenspiele und HA), die die neue Bewertung widerspiegeln.

3. Exposition, Konfrontation hps. bei Angstspektrumsstörungen

Der Pat. wird ermutigt die angstauslösende Situation aufzusuchen und zu überprüfen, ob seine Befürchtung eintritt, wenn er seine Vermeidung aufgibt.

Wird heute je nach Störung meist in Kombination mit kognitiver Umstrukturierung als Vorbereitung eingesetzt. Wenn keine der Annahmen auftreten kann, kann auch ohne kognitive Umstrukturierung gearbeitet werden (die Frage ist, ob es solche Situationen überhaupt gibt).

Die Kombination aus Kognitiver Umstrukturierung und Exposition erfüllt schon teilweise die Ansprüche der dritten Welle, weil es zu einer hohen emotionalen Beteiligung kommt. Das ist ein großer Vorteil der Expositionsverfahren. Auch wenn die theoretische Konzeption für das was passiert, heute eine ganz andere ist als in den Zeiten als mit Exposition begonnen wurde (damals noch die Annahme einer Löschung).

Nach der Phase der Etablierung des kognitiven Ansatzes stand die Spezifizierung auf die verschiedenen Störungsbilder sehr im Fokus der scientific VT community.

Es entstand die Zeit der **Manuale** Flut.

Die meisten **Behandlungsmanuale** zu konkreten Erkrankungen beinhalten eine Kombination von kognitiver Umstrukturierung und Exposition. Es wird dann spezifiziert welche Art von dysfunktionalen Annahmen und Bewertungen typisch für die jeweilige Störung sind, um deren Analyse zu erleichtern:

Depression – Verstärkerverlustmodell, Hilflosigkeitsmodell und kognitive Triade nach Beck

Soziale Phobie – betont wird das idealisierte Selbstbild, der Druck des Pat. ein gewisses Bild von sich im Kontakt mit anderen abgeben zu müssen und die vermeintlichen Erwartungen der anderen;

Zwangserkrankung – Überschätzung der Auftretenswahrscheinlichkeit des befürchteten Ereignisses und des Ausmaßes wie schlimm das Eintreten des befürchteten Ereignisses wäre. Annahme mit dem Ereignis nicht zurechtzukommen.

4. Methoden aus der Dritten Welle

Rational sprachliche Reflexion traumatischer biographischer Inhalte und deren dysfunktionalen Verarbeitung unter hoher emotionaler Beteiligung mit dem Ziel funktionale entlastende Neubewertungen herzustellen und an die emotional episodischen Erinnerungen zu knüpfen.

Methoden der dritten Welle, auf die wir in unserer Arbeit zugreifen, zusammengefasst:

- Emotional regulierende und abschwächende Strategien aus dem Bereich des Buddhismus – Akzeptanz und Achtsamkeit (DBT – Linehan; ACT – Hayes - Akzeptanz und Commitment Therapie)
 - Emotional aktivierende Methoden aus dem Bereich der Gestalttherapie zB. imaginative Dialoge mit anderen Menschen oder eigenen Ich-Anteilen.
 - Imagination konkreter belastender lerngeschichtlicher Episoden;
 - Aufteilung des psychischen Geschehens in verschiedene Ich-Anteile bzw. Ich-Zustände und Entmachtung unkonstruktiver Anteile und Stärkung hilfreich konstruktiver Ich-Anteile (Watkins, Berne, Schulz von Thun, in der VT hps. Young – Schematherapie).
- Nutzung von psychodramatischen Methoden, zb. Hilfsich.

Schematherapeutisches Vorgehen:

Ausgangspunkt ist meistens wie in der VT üblich eine aktuelle Leidenssituation. In der Beschreibung in der Therapiesitzung wird auf eine ausreichend starke Gefühlsaktivierung geachtet. Das aktivierte Gefühl wird deutlich fokussiert und dient dann als „Gefühlsbrücke“, um die zugrundeliegende schädigende Kindheitsepisode zu erspüren. Hat der Pat. diese erspürt folgt die Entmachtung kritisch abwertender und unerbittlich überfordernder Ich-Anteile und der Aufbau unterstützender, wohlwollender Ich-Anteile mit grundsätzlich positiver Selbstbewertung (gesunder Erwachsener Modus).

Therapeut dient als Modell eines verständnisvollen, schützenden und wohlwollenden Ich-Anteils. Je weniger der Pat. einen liebevollen Ich-Anteil besitzt um so stärker übernimmt zunächst und befristet der Therapeut diese Rolle (Ich-Anteil) als Modell (Modelllernen; befristete Nachbeelterung).

Ergebnis: Dadurch wird der Einfluss der Ereignisse der eigenen Kontrolle / Selbstbestimmung zugeführt.

Aktivierungen der alten Schemata werden besser regelbar indem sie in einem konstruktiven Bereich der Erregung gehalten werden können oder wieder zügiger in einen solchen Bereich zurückgekehrt werden kann.

Literatur:

- Adler, Alfred (1927) – *Menschenkenntnis*; Hirzel Verlag Leipzig (Orig.)
- Beck, Aaron T.; Freeman, Arthur (original 1990; deutsch. Ausgabe 1993)
- *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen*; Psychologie Verlags
Union
- Berne, E. (Hrsg. 1961) - *Spiele der Erwachsenen* ; Rowohlt
- Grawe, Klaus (2004) - *Neuropsychotherapie* ; Hogrefe
- Greenberg, L.S. (2006) - *Emotionsfokussierte Therapie* - dgvt Verlag
- Hayes, Steven; Follette, Victoria; Marsha Linehan (2012)
- *Achtsamkeit und Akzeptanz*; dgvt Verlag
- Neumann, Angelika; Roediger, Eckhard; Laireiter, Anton-Rupert; Kus, Christian (2013)
- *Schematherapeutisch basierte Supervision*; Hogrefe
- Roediger, Eckhard (2009) - *Praxis der Schematherapie*; Schattauer
- Rosenberg, Marshall B. (2003) – *Gewaltfreie Kommunikation*; Junfermann
- Sachse, Rainer (2004) – *Persönlichkeitsstörungen*; Hogrefe
- Schulz von Thun, Friedemann (Orig. 1981) – *Miteinander reden 1; Störungen und Klärungen*;
Rowohlt
- Spada, Hans (1990) - *Allgemeine Psychologie*; Huber
- Sulz, S.K.D (1994) - *Strategische Kurzzeittherapie: effiziente Wege zur wirksamen
Psychotherapie*; München CIP
- Wilken, Beate (1998) - *Methoden der kognitiven Umstrukturierung*; Kohlhammer Urban
- Yablonsky, Lewis (Hrsg.1976) – *Psychodrama*; Fischer (92)