

Serge Sulz, Ute Gräff-Rudolph, Miriam Hebing, Gernot Hauke,
Annette Hoenes, Annette Richter-Benedikt

Erlebnisorientierte Schemaänderung – zwei Ansätze zur wirksamen Bearbeitung dysfunktionaler Schemata

Experiential Oriented Schema Modification – Two approaches to work effectively on dysfunctional Schemata

Zusammenfassung

Dysfunktionale Schemata gelten heute als zentrale Konstrukte der Psychotherapie. Die Behandlung besteht aus Erkennung, Klärung und Änderung. Da sie nicht nur kognitive, sondern auch Wahrnehmungs-, Emotions- und Motivationsaspekte enthalten, ist eine rein kognitive Reattribution nicht optimal. Es besteht Übereinstimmung darin, dass ein dysfunktionales Schema nur in aktiviertem Zustand verändert werden kann. Hier werden zwei Methoden zur Schemaänderung in ihrer Einbettung in den Therapieprozess so beschrieben, dass ihre Anwendung erprobt werden kann. Die erste Methode ist Sachses Ein-Personen-Rollenspiel, die zweite die Arbeit mit der dysfunktionalen Überlebensregel. Beide Vorgehensweisen können kombiniert werden. Beide berücksichtigen den aktuellen Erkenntnisstand der Schemaforschung.

Schlüsselwörter

dysfunktionales Schema – Psychotherapie – Überlebensregel – Schemaänderung – implizite Motive

Summary

Dysfunctional schemata today are considered as central constructs of psychotherapy. The treatment consists of recognition, clearing and modification. A mere cognitive re-attribution is not ideal, because they do not only contain cognitive, but also perceptual, emotional and motivational aspects. There is an agreement that dysfunctional schemata can only be changed when activated. In this paper two methods of schema modification and their embedding in the therapy process will be described in a way that their application can be put to the test. The method first mentioned is the One Person Role Play from Sachse, the second one describes work with the dysfunctional rule of survival. Both procedures can be combined. And both include the current level of knowledge of schema research.

Keywords

dysfunctional schema – psychotherapy – surviving rule – schema modification – implicit motives

■ Einleitung

Bereits 1955 hat Kelly eine kognitive Theorie und einen kognitiven therapeutischen Ansatz entwickelt, der sich auf Piagets Schemakonzept (1976) bezieht. Sein Konzept des personal construct ist eine implizite Theorie, die das Selbst und die Welt beschreibt und definiert, sich aus Schemata zusammensetzt und dem heutigen Konzept einer Theory of Mind (Baron-Cohen, 1995) entspricht.

Seit Becks Entwicklung der Kognitiven Therapie (1979) bleiben dysfunktionale Schemata und ihre therapeutische Veränderung im Fokus kognitiv orientierter Therapien. Nach Beck kam die Plananalyse Grawes (1987), die später zur Schemaanalyse wurde, dann deren Weiterentwicklung von Caspar (1996). In der Arbeit von Rainer Sachse wird das Sche-

makonzept spätestens 1992 zu einem von mehreren Arbeitsschwerpunkten, und auch die Strategische Kurzzeittherapie (Sulz, 1994) und die Strategisch-Behaviorale Therapie (Sulz & Hauke, 2009) bauen konzeptionell auf Piagets Schemakonzept auf. Young (Young, Klosko & Weishaar, 2005, siehe auch Sulz, 2008) hat schließlich einen ganzen Therapieansatz auf das Schemakonzept zentriert. Von psychodynamischer Seite haben Horowitz (1991) mit dem Role-Relationship Model und Luborsky (1977) mit dem Zentralen Beziehungs-Konflikt-Thema (ZBKT) schematheoretische Ansätze entwickelt. Auch Greenbergs emotionsfokussierte Therapie (Greenberg, 2000) baut auf der Aktivierung und Modifikation von Schemata auf; allerdings bleibt es bei ihm bei einer Klärung, er macht nicht den Schritt der Schemabearbeitung, wie sie hier thematisiert wird. Grawe (1998) geht schließlich über das Schemakonzept

hinaus, indem er von Seiten der Systemtheorie der Selbstorganisation das Schema einem Attraktor gleichsetzt, dem er die gleichen Eigenschaften zuschreibt wie zuvor dem Schema. Allerdings bewegt er sich nun theoretisch im Bereich der Synergetik (Haken & Schiepek, 2006) und der Chaostheorie.

In dieser Arbeit soll einerseits das Schemakonzept grundsätzlich in den für die Psychotherapie wichtigen Belangen diskutiert und andererseits zwei Methoden der Schemaänderung beschrieben werden. Es ist das Ein-Personen-Rollenspiel (Sachse, 1983; Sachse, Püschel, Fasbender & Breil, 2008) und die Arbeit mit der Überlebensregel (Sulz, 1994, 2001, 2002).

Die Schemaänderung ist ja erst der zweite Teil der Therapie, wenn man Grawe (1998) mit der Zweiteilung in Klärungsphase und Veränderungsphase folgt. Wir gehen nicht auf die Klärungsphase ein. Ihr erfolgreiches Durchlaufen ist Voraussetzung für die hier beschriebene Schemabearbeitung und -änderung. Wir folgen zunächst den Darlegungen von Sachse et al. (2008), wengleich bei Grawe (1998) und Young et al. (2005) ganz ähnliche theoretische Ausführungen zu finden sind.

Sachse geht davon aus (sich auf die theoretischen Ausführungen von Kuhl [2001] und Grawe [1998] berufend), dass Probleme und damit auch psychische Erkrankungen mit dem Scheitern von zwei psychischen Systemen zu tun haben, dem Realitätsmodellierungssystem und dem Motivationssystem. In der Kindheitsgeschichte entstehen Erkenntnisse über das Selbst, die Welt und über Beziehungen. Diese Erkenntnisse werden verallgemeinert und verfestigt als Schemata.

■ Schema

Schemata (Piaget, 1976) sind gebündelte Annahmen über sich selbst (ich bin abhängig und unfähig, ohne meine Bezugspersonen schaffe ich es nicht), über die Realität (anderen Menschen sind eigene Interessen sehr wichtig, sie brauchen mich nicht) und über Beziehungen (Beziehungen sind unzuverlässig). Treffen diese Annahmen zu und helfen, gut mit sich und der Umwelt umzugehen, liegen funktionale Schemata vor. Sind diese Annahmen jedoch heute in der Erwachsenenwelt nicht mehr zutreffend und liefern überwiegend unangemessene, erfolglose Handlungsentwürfe, so sind sie dysfunktional (Beck, 1979). Dysfunktionale Schemata beruhen meist auf unangenehmen Erfahrungen, die im Gedächtnis mit sehr negativen Affekten verbunden sind. Deshalb sind diese schmerzlichen oder beängstigenden Affekte fester Bestandteil der Schemata (Grawe, 1998). Auch falsche, verzerrte gedankliche Interpretationen der heutigen Situation, die ein dysfunktionales Schema auslöst, sind fester Bestandteil des Schemas (McCullough, 2007).

Situation als Schemaauslöser

Sobald eine Situation ein Mindestmaß an Ähnlichkeit mit der Situation hat, in der das Schema entstanden ist, löst sie das Schema automatisch aus (Beck, 1979). Es dient in einer neuen Situation als Wahrnehmungsschablone, mit der die neue Situation verglichen wird. Sind ausreichend viele Aspekte der neuen Situation identisch mit dem im Gedächtnis gespeicher-

ten Prototyp (als verallgemeinerte Zusammenfassung eines wichtigen Clusters von Situationen), so tritt ein vorbewusstes Wiedererkennen auf. Die Situation wird zum Auslöser für die Aktivierung des Schemas. Wir können darauf bewusst keinen Einfluss nehmen. An der Auslösung des Schemas sind keine kognitiven Verarbeitungsprozesse des präfrontalen Cortex beteiligt (Perrig, Wippich & Perrig-Chiello, 1993). Denn das wäre ein Zeitverlust.

Kognitiver Aspekt des Schemas

Realität: „Das ist eine Situation, in der ich andere brauche. Andere sind unzuverlässig. Andere brauchen mich nicht.“

Selbst: „Ich brauche die anderen, allein schaffe ich es nicht, ich bin ausgeliefert.“

Beziehung: „Andere werden sich nicht um mich kümmern, sie werden mich im Stich lassen, und ich werde ohne sie scheitern.“

Affektiver Aspekt des Schemas

Körper: Empfindungen von Schwäche, Kraftlosigkeit, Anspannung, Unruhe

Emotion: Gereiztheit, Angst, Niedergeschlagenheit

Gefühl: Ich fühle mich unfähig, ausgeliefert, bedrückt.

Das dysfunktionale Schema ist automatisch, ohne genauere Prüfung seiner Adäquatheit zur Interpretation der Situation verwendet worden. Es hat sich so rasch aufgedrängt, dass eine alternative, stimmigere Interpretation der Situation gar nicht erst entstehen konnte. Und es besetzt sofort alle wesentlichen Funktionen, die benötigt werden, um Informationen über die reale Situation zu verarbeiten: die Wahrnehmung, die Aufmerksamkeit, das Denken und die Emotionen. Es lässt eine unvoreingenommene Prüfung der Situation nicht mehr zu. Seine Informationen wirken so evident und wahrhaftig, dass an ihrer Richtigkeit keine Zweifel entstehen. Der Betreffende ist hundertprozentig überzeugt, dass es so ist, das Schema liefert die absolute Wahrheit. Und damit durchdringt es die ganze Psyche und den ganzen Körper.

State of Mind

Manche Schemata sind so mächtig, dass der Mensch während ihres Wirkens durch sie insgesamt in einen ganz anderen Zustand gerät (State of Mind [Horowitz, 1987], Ego State [Watkins & Watkins, 2003], Ich-Zustand [Berne, 2006], Schemamodus [Young et al., 2005]), ein ganz anderer Mensch wird. Eine erfolgreiche Geschäftsfrau, die in einem Telefonat noch mit fester, unbeirrbarer Stimme Forderungen stellte, nun ihre Mutter am Telefon hat und zu ihr mit dünner, kindlicher Stimme spricht, hoffend, bittend, und man meint zu sehen, dass sie auch körperlich viel kleiner geworden ist. Sie hat nichts auf der bewussten Ebene getan, um diese Veränderungen herbeizuführen, sie hat sich nicht dazu entschlossen. Ihr ist diese Veränderung auch nicht bewusst. Es ist mit ihr (der bewussten Frau) geschehen, ohne ihr Zutun. Und diese „Metamorphosen“ sind sehr konsistent. Sobald ein Schema aktiv ist, entstehen die immer wieder gleichen affektiven und kognitiven Reaktionsmuster, und es resultiert immer wieder dasselbe Verhalten.

Handeln bei aktivem Schema – Bewältigungsstrategie

An dieser Stelle gibt es zwei konzeptionell-theoretische Möglichkeiten, die Analyse dysfunktionaler Schemata fortzuführen: man zählt das resultierende Verhalten zum Schema dazu. Dann hat ein Schema auch eine Handlungskomponente, es steckt im Schema nicht nur ein psychisches Verarbeiten der Begegnung mit der sozialen Umwelt, sondern auch das Umgehen mit ihr. Dies würde eine sehr einfache Erklärung für die invariablen Verhaltensweisen während der Aktivität eines Schemas liefern.

Die Mehrzahl der Autoren geht nicht diesen Weg. Sie sehen im situativen Verhalten eine Bewältigungsstrategie, einen Versuch, die Situation, wie sie durch das Schema psychisch repräsentiert ist, zu meistern. Grund für dieses Vorgehen ist, dass ein Mensch zwar in der Regel nur eine Antwort auf ein Schema verfügbar hat, dass aber jeder Mensch seine eigene Art gefunden hat, das sich durch das Schema darbietende Problem zu lösen. Es gibt bei gleichem Schema sehr viele verschiedene Arten des Handelns – bei verschiedenen Menschen.

Da die Schemaforschung noch nicht so weit ist, empirisch belegen zu können, welche der beiden Sichtweisen eher zutrifft, gehen wir den Weg der Konsensbildung. Wir folgen zunächst der Definition eines Schemas ohne Handlungsentwurf und lassen offen, ob es hilfreich sein kann, wegen der intraindividuell starren Abfolge später ein Hyperschema aus Schema und Bewältigungsstrategie zu konzipieren.

Implizites und explizites System der Psyche

Es ist heute Konsens (Epstein, 1993; Grawe, 1998; Kuhl, 2001), die Psyche mit all ihren Funktionen (nicht nur das Gedächtnis) in ein implizites System (psychoanalytisch: unbewusst und vorbewusst) und ein explizites System zu trennen (psychoanalytisch: bewusst). Nur die Bezeichnungen unterscheiden sich. Ich habe das autonome Psyche (implizit) und willkürliche Psyche (explizit) genannt (Sulz, 1994), um zu betonen, dass das implizite System ohne unser bewusstes Zutun Informationen verarbeitet und Entscheidungen trifft. Schemata gehören zum impliziten System. Ihre biologische Funktion können wir darin sehen, dass unsere Psyche in einer Situation schnellstmöglich, ohne die langsame, bewusste Verarbeitung im Neocortex eine Situation einschätzen und die bestmögliche Reaktionsweise zur Verfügung stellen kann. Unsere implizite Psyche nutzt alle Erinnerungen, vergleicht sie mit der gegenwärtigen Situation und holt diejenige Schablone aus dem Gedächtnis, die in ihr wichtigen Belangen am meisten Ähnlichkeit mit bisherigen Erfahrungen aufweist. Was der impliziten Psyche beachtenswert und wichtig erscheint, ist wiederum zum großen Teil Produkt unserer Erfahrungen.

Ein Beispiel

Eine Patientin berichtet über eine wiederkehrende für sie sehr schlimme Erfahrung: „Es handelt sich um eine Situation, in der eine bedeutende Person mit einem kleinen Kreis von Zuhörern ein Gespräch führt. Als einem der Zuhörer ist es mir wichtig, mindestens so viel Zuwendung zu bekommen wie die anderen und mindestens so viel Wertschätzung für meine Beiträge wie die anderen. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass ich häufig, viel zu häufig einfach übersehen werde oder

dass meine Beiträge süffisant abgetan werden. Dies hat mir sehr schmerzliche Erlebnisse von Unwichtigsein, Unwertsein beschert. Ich fürchte, dass es mir wieder so gehen wird. Nein, ich bin gewiss, dass es wieder geschehen wird. Also wende ich mich dem Gesprächsleiter nicht freundlich offen zu, sondern fühle mich unwert und von ihm schlecht behandelt, bevor er auch nur irgendetwas in dieser Richtung getan hätte. Ich formuliere meinen Beitrag auch nicht so gut, wie ich es ohne dieses stark beeinträchtigende Gefühl getan hätte. Und ich höre auch nicht richtig hin, wenn er mir überwiegend entgegenkommend antwortet. Ich suche nur ein Wort aus seinen Sätzen heraus, das für mich ein sicherer Hinweis dafür ist, dass er mich und meinen Beitrag nicht wertschätzt. Also muss ich ihm heftig widersprechen, was er nicht versteht, weil er meint, mir zugestimmt zu haben. Er versucht das klarzumachen, was ich wiederum als eindeutig gegnerische Position von oben herab wahrnehme. Spätestens in diesem Moment durchfährt es meinen ganzen Körper. Ich gerate in einen diffusen Zustand, den ich gar nicht mit Worten beschreiben kann. Ich fühle mich vor allen anderen kleingemacht. Meine Gefühle von Aufgebrachtsein, ja Gedeemütigtsein wachsen ins Unendliche. Ich kann sie nicht eindämmen, und es bleibt mir nur als letzte Möglichkeit, sofort die Runde und den Raum zu verlassen, um mich draußen so elend zu fühlen wie kaum je. Und ich mache mir noch zusätzlich den Vorwurf, dass ich meine Gefühle nicht im Griff hatte und allen zeigte, wie jämmerlich ich versagt habe. Auch in einem späteren Gespräch mit meinem letzten Therapeuten kann ich mich nicht von dieser Sichtweise distanzieren, und er läuft mit seinen behutsamen Versuchen, mir zu einer alternativen Sichtweise zu verhelfen, Gefahr, in die gleiche Rolle wie der Gesprächsleiter zu kommen.“

Hätten wir in dieser Gesprächsrunde gesessen, so wäre uns zunächst nur das unangemessene Verhalten der Frau aufgefallen. Wir hätten den Kopf geschüttelt und nicht nachvollziehen und verstehen können, weshalb sie sich so echauffert. Es wäre für uns ersichtlich gewesen, dass sie kämpft, gegen den Gesprächsleiter kämpft, aber wir hätten nicht verstanden, worum sie kämpft. Er hat ihr nichts angetan, er hat ihr nichts weggenommen. Er ist mehr, als wir selbst es getan hätten, auf sie zugegangen. Kopfschütteln.

Wäre sie – etwa in einer Gruppentherapie – in der nächsten Gesprächsrunde in der Lage gewesen, ihre Interpretation der Situation zu berichten, so hätte sie sagen können: „Er hat andere länger angeschaut als mich, er hat andere freundlicher angeschaut als mich, er hat anderen klarer zugestimmt und die Beiträge anderer als wichtiger dargestellt.“ In uns hätte sich heftiger Protest gerührt, und wir hätten ihr als Gruppenmitglied heftig widersprochen. Für uns wäre das große Ausmaß an Verzerrung in ihrer kognitiven Interpretation der Situation offensichtlich gewesen.

Entstehung eines Schemas

Hätten wir mit ihr schon mehrere Gruppenstunden verbracht, in denen sie über ihre Kindheit erzählte, so wäre uns eingefallen, dass sie mit ihrem Vater genau dieses Problem hatte. Er hat sie tatsächlich sehr schlecht behandelt und sie nie so ernst genommen wie ihre älteren Geschwister. Ihr häufiges sehr emotionales Ankämpfen gegen dieses Schicksal führte immer

nur zum Trösten durch die Mutter, was sie aber auch wieder kleinmachte: „Meine arme Kleine! Das ist sehr schlimm für dich!“ Den Vater erreichte sie nie, seine Beachtung und Wertschätzung kam nie bei ihr an, wie sie es auch versuchen mochte.

Wie sehr die subjektive Erinnerung an das väterliche Verhalten den objektiven Gegebenheiten entsprach, ist für uns erst an zweiter Stelle wichtig. Vorrangig ist, dass so, wie sie Kindheit und Eltern erlebt hat, eine sehr schmerzhaft Erfahrung in ihrem Gedächtnis zurückblieb. Derartige Situationen bleiben dauerhaft höchst bedeutsam, weil die Psyche versucht, ihnen rechtzeitig so zu begegnen, dass eine Wiederholung der die Psyche schädigenden Erfahrung vermieden werden kann. Die Psyche baut in Form von Schemata ein Frühwarnsystem auf, das hilft, solche Situationen so früh wie möglich zu identifizieren. Schemata bestehen aus den relevanten Aspekten der sie auslösenden Situationen (Wahrnehmungsaspekt), dem vermutlich sofort einschließenden Affekten (affektiver Aspekt), der gedanklichen Interpretation des Geschehens (kognitiver Aspekt) und schließlich aus der Bewertung, die aus einem Vergleich der äußeren Situation mit den eigenen Anliegen resultiert.

Implizites Motivationssystem

Damit wenden wir uns dem Menschen mit seinen Motiven zu. Sachse (Sachse et al., 2008) sieht neben dem Realitätsmodellierungssystem, also dem Versuch, die äußere Situation möglichst realitätsgerecht zu erfassen, das Motivationssystem als zweite Komponente, aus deren Wechselwirkung Schemata entstehen. Auch das Motivationssystem besteht aus einem impliziten (nicht bewussten, automatischen) Teilsystem und einem expliziten (bewussten, willkürlich beeinflussbaren) Teilsystem (Brunstein, 2006). Bei der Entstehung und Aktivierung von Schemata ist lediglich das implizite Teilsystem beteiligt. Was wir bewusst glauben, welche Motive unserem Handeln zugrunde liegen, ist oft weit entfernt von unseren impliziten Motiven. Sulz und Tins (2000) haben implizite Motive von Psychotherapiepatienten untersucht und eine empirische Klassifikation erstellt, die von Sulz und Müller (2000) faktorenanalytisch bestätigt wurde:

Diese Motive sind im normalen Alltag nicht bewusst, aber oft bewusstseinsfähig. Sie können durch eine einleitende Imagination und anschließendes Ausfüllen einer Checkliste sehr gut erfasst werden. Nach unserer Erfahrung sind hierzu keine projektiven Verfahren erforderlich.

Wir haben die Erfahrung gemacht, wie die Welt in der Vergangenheit unseren Bedürfnissen meistens begegnet, und wir erwarten, dass sie auch in Gegenwart und Zukunft so damit umgehen wird, so befriedigend wie früher oder so frustrierend wie früher. Darüber hinaus haben wir gelernt, dass einige Bedürfnisse ohne viel Zutun von der Umwelt befriedigt werden, die Befriedigung anderer Bedürfnisse aber kaum zugelassen wird. Bei einigen Bedürfnissen mussten wir uns über die Maßen anstrengen, um wenigstens ein bisschen von dem zu erhaschen, was wir sehr dringend gebraucht hätten. So kann ein Kind viel Autonomie und Freiraum von seinen uninteressierten Eltern bekommen haben, aber sein Bedürfnis

nach Sicherheit und Zuverlässigkeit wurde von ihnen nicht befriedigt. Andere Eltern gaben viel Sicherheit durch eine straffe und strenge Führung der Kinder, ließen ihnen aber keinerlei Chance, eigene Ideen und Impulse einzubringen. Sie ließen sich in ihrem Verhalten nicht von ihren Kindern beeinflussen. Bedürfnisse, die nicht oder nur unter großen Anstrengungen in der Vergangenheit befriedigt wurden, bekommen in unserem impliziten Motivsystem eine überragende Bedeutung als besonders wertvoll und rar. Und wir definieren uns als Menschen, die davon mehr brauchen, als die Welt ihnen bereit ist zu geben. Und wir definieren uns als Menschen, die nicht in der Lage sind, die Welt dazu zu bewegen, ihnen das und so viel davon zu geben, wie sie brauchen. So bilden wir im Sinne von Beck ein Weltbild und ein Selbstbild, das Schemacharakter hat.

Schema als Instrument des impliziten Motivationssystems

Ein Schema dient der Ökonomie der Psyche, steht im Dienst des impliziten Motivationssystems. Es soll helfen, sich in einer Situation rasch zurechtzufinden, um ohne Verlust von Energie und Zeit, das beste Verhalten zur Bedürfnisbefriedigung auswählen zu können. Ein Verhalten, das auf ein aktiviertes Schema folgt, dient nicht primär der Bewältigung des Schemas, sondern dem Versuch unter den widrigen Umständen, die das aktive Schema anzeigt, doch noch zur Bedürfnisbefriedigung zu kommen. Wenn der andere mir nur das gibt, was ich brauche, wenn ich unterwürdig bin und ich keine andere Wahl habe, bin ich unterwürdig, und er gibt mir z. B. Sicherheit. Nur bei dysfunktionalen Schemata steht der Bewältigungscharakter der Handlung völlig im Vordergrund. Das dysfunktionale Schema signalisiert eine höchst problematische Situation, produziert sehr aversive Affekte. Dadurch bekommt die Reduktion der schmerzlichen Affekte erste Priorität, erst danach wird die Situation weiter untersucht, ob sie tauglich ist, mein Bedürfnis auf positive Weise zu befriedigen. Die Frau in obigem Beispiel muss zuerst gegen den vermeintlichen Angreifer ankämpfen, bevor sie sich darauf besinnen könnte, von ihm positive Bestätigung zu wünschen. Wenn diese Frau einige Menschen kennt, die ihr immer mit ihrer ganzen Aufmerksamkeit begegnen, dann hat sie vielleicht ein funktionales Schema gebildet, das diese Menschen und die Situationen mit ihnen kennzeichnet. Es können einige beste Freundinnen sein oder ältere Frauen, die sich gern mit ihr zu einem „heart by heart talk“ zusammentun. Eine solche Frau in einer solchen Situation löst dann bei ihr einen wohligen Affekt aus, der Psyche und Körper durchströmt. Sie hat in dieser Situation nichts zu bekämpfen, nichts zu bewältigen. Sie kann sich einfach holen, was sie braucht und was ihr guttut. Das ist ein funktionales Schema, das ein effektives Instrument ihres impliziten Motivationssystems ist, weil es ihr hilft, genau das Verhalten zu zeigen, das unmittelbar zur Bedürfnisbefriedigung führt.

Dysfunktionale Schemata und dysfunktionale Bewältigungsstrategien

Blieben wir konzeptionell bei der Trennung von Schema und Handlung, so müssen wir die Handlungsebene getrennt

Tabelle 1: Implizite Motive von Psychotherapiepatienten zentrale Bedürfnisse (Sulz und Tins 2000, Sulz und Müller 2000)

Bedürfnis	Bedürfnisfaktoren	Bedürfnisgruppe
1. Willkommensein, Dazu gehören	Bindung	Zugehörigkeitsbedürfnisse
2. Geborgenheit, Wärme		
3. Schutz, Sicherheit, Zuverlässigkeit		
4. Liebe, Zuneigung		
5. Beachtung, Aufmerksamkeit	Selbstwert	
6. Empathie, Verständnis		
7. Wertschätzung, Bewunderung, Lob		
8. Selbst machen, selbst können	Autarkie, Autonomie	Selbst- bzw. Differenzierungsbedürfnisse
9. Selbstbestimmung, Freiraum		
10. Grenzen gesetzt bekommen	Orientierung	
11. Gefordert und gefördert werden		
12. Ein Vorbild, jemand zur Idealisierung haben		
13. Intimität, Hingabe, Erotik	Identität	
14. Ein Gegenüber zur Auseinandersetzung		
15. Keine ängstliche Bezugsperson	Homöostase	Homöostasebedürfnisse
16. Keine bedrohliche Bezugsperson		
17. Keine bedrohliche Außenwelt		
18. Aggressionsfreiheit		
19. Gleich starke Eltern		
20. Schuldfreiheit		
21. Missbrauchsfreiheit		

betrachten. Aus den Erfahrungen mit der Welt und mit dem Selbst heraus lernen wir als Kind, was wir tun müssen, um doch noch ausreichende Befriedigung zentraler Bedürfnisse zu erlangen, und genauso, was wir nicht tun dürfen, weil wir sonst die Chance auf Bedürfnisbefriedigung verspielen. Wir erwerben im Lauf von Kindheit und Jugend habituelle Bewältigungsstrategien als dysfunktionale Verhaltensstereotypen, die in dieser beeinträchtigten Kindheit die bestmögliche Strategie waren, die aber untauglich für unser Erwachsenenleben sind. Denn die Menschen unseres heutigen Lebens sind anders als die beiden wichtigen Menschen unserer Kindheit – Vater und Mutter. In einer heutigen Situation wird automatisch unser

dysfunktionales Schema aktiviert, und unser implizites Motivsystem holt genauso automatisch unsere übergeneralisierte Bewältigungsstrategie als Handlungsentwurf hervor. Bevor es uns bewusst geworden ist, haben wir schon so gehandelt wie immer und haben leider wie immer ein unbefriedigendes Ergebnis in der Bewältigung der heutigen Situation erzielt. Wir können uns nicht von unserer dysfunktionalen Sicht der Welt befreien, und wir können unser diese Sicht bedienendes Verhalten nicht bleiben lassen. Wir wiederholen das Unglück unserer Kindheit immer wieder, und wir kommen aus dieser Endlosschleife nicht heraus.

Die Funktionalität dysfunktionaler Schemata

Hier kommen wir nicht darum herum, den funktionalen Aspekt dieser Kombination von dysfunktionalem Schema und dysfunktionaler Bewältigungsstrategie zu untersuchen. Fest, unflexibel und starr miteinander verknüpft, hat diese Kombination Schemacharakter, quasi als Hyperschema. Dieses Hyperschema hat bereits Freud beschrieben und es Wiederholungszwang genannt. Das kann man teilweise mit Kurt Lewin als Verharren bei der ungelösten Aufgabe interpretieren, aber Lewins (1963) Denkmodell bezieht sich nicht auf das Scheitern, auf die Kunst, unglücklich zu sein (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1979). Von einer kognitiv-interaktionellen Perspektive aus kann man es als Dysfunktionalen Reaktions- und Beziehungstereotyp (DRIBS) bezeichnen (Sulz, 2001).

Wir können der autonomen bzw. impliziten Psyche unterstellen, dass sie dieses Scheitern endlich beenden möchte. Ein banales Bild dafür ist, wenn ich immer wieder versuche, mit einem Schraubenschlüssel eine eingerostete Schraube zu lösen. Ich will und muss die Schraube aufkriegen, weil ich nur, wenn sie offen ist, Zugang zu dem habe, was mir wichtig ist, evtl. ein Kästchen, das ein sehr wertvolles Dokument enthält. Da hilft mir die Empfehlung, mein erfolgloses Verhalten endlich bleiben zu lassen, nichts. Denn dann ist die Wahrscheinlichkeit, die Schraube doch noch aufzukriegen, gleich null. Andere Alternativen habe ich nicht, also werde ich es immer wieder versuchen und immer wieder erfolglos sein. Ich müsste also meinen Wunsch aufgeben. Da das Dokument aber „lebensnotwendig“ ist, darf und kann ich den Wunsch nicht aufgeben. Es gibt für mich nichts Wichtigeres als genau diesen Erfolg. Und deshalb verharre ich in meinem Scheitern. Dass mein Blickfeld eingeengt ist auf genau dieses Kästchen, diese eingerostete Schraube, diesen Schraubenschlüssel, ist Teil meiner Verbissenheit, die meine ganze Energie auf das konzentriert, was absolute Priorität hat. Freuds Antwort könnte sein: Ich wiederhole mein Unglück so lange, bis ich endlich von ihm befreit bin. Es geht nicht darum, an einem anderen Ort mit anderen Menschen glücklich zu werden, es geht nur darum, am Ort des Unglücks mit den unglücklich machenden Menschen eine Änderung des Schicksals zu erfahren. Nur die bisher immer unglücklich Machenden sollen mich glücklich machen. Glück ist nicht, irgendwo anders glücklich sein. Glück ist Beenden meines Unglücks. Indem genau die bisher unglücklich machenden Menschen von jetzt an sich ganz anders verhalten und von jetzt an mich glücklich machen. Nur von ihnen wünsche ich mir das Glück. Und auch nicht irgendein Glück, sondern das Gegenteil meines Unglücks. Mein dysfunktionales Schema ist die affektiv-kognitive Konstruktion meines Unglücks nach dem exakten Modell meiner Kindheit. Meine dysfunktionale Bewältigungsstrategie ist das Wiederholen meines Scheiterns im Versuch, mein Unglück abzuwenden.

In diesem Sinne haben dysfunktionale Bewältigungsstrategien nicht nur situative Funktion. Es geht nicht nur um das momentane Verhalten eines einzelnen Gegenübers. Es geht darum, dass die „ganze Welt“ (jedenfalls mir wichtige Menschen) schon immer auf diese Weise so schlecht mit mir umgegangen ist. Es geht darum, dass ich nicht aufgebe, mein Recht einzufordern, endlich nicht mehr so behandelt zu werden. Es geht

darum, dass genau dieser Typus von Mensch mich nicht mehr so schlecht behandelt. Es geht darum, dass meine beschädigte Psyche repariert, unsere kranke Beziehung geheilt wird. Es geht ums Ganze. Gelänge es mir in einer konkreten Situation, durch mein dysfunktionales Bewältigungsverhalten von einer einzigen konkreten Person genau mein Bedürfnis z. B. nach Beachtung und Bestätigung meiner Bedeutung befriedigt zu bekommen, dann wäre die momentane Befriedigung nur ein Nebengewinn. Hauptgewinn wäre, dass das ungerechte Prinzip des Immer-auf-die-gleiche-Weise-Behandeltwerdens durchbrochen ist. Hauptgewinn wäre, dass es mir endlich gelungen ist, mein Schema vorübergehend zu heilen. Diese Funktion erklärt die große Energie und Ausdauer, mit der wir alles auf die Karte unserer dysfunktionalen Schemabewältigung setzen. Damit wird auch deutlich, dass dysfunktionale Schemata und dysfunktionale Schemabewältigungen nicht einfach das Gegenteil der funktionalen sind. Ihre Funktionalität ist komplexer als die der funktionalen Schemata und der Handlungsweisen, die aus funktionalen Schemata entstehen.

Exekutive Schemata

Sachse betont, dass wir drei Arten von Schemata unterscheiden sollten:

- Semantisch-konzeptionelle Schemata (nach Inhalten organisiert, nicht persönlich, nicht zentral für die eigene Person)
- Biographisch-episodische Schemata (chronologisch organisiert, persönlich hoch relevant, auf die eigene Person bezogen)
- Exekutive Schemata (inhaltlich organisiert, persönlich hoch relevant, steuern die exekutiven Funktionen, hochgradig idiosynkratisch, hoch generalisiert)

Er weist darauf hin, dass für die Psychotherapie nur exekutive Schemata (er übernimmt die Bezeichnung von Grawe, 1998) interessant sind, weil nur sie das Verhalten eines Menschen weitgehend bestimmen.

Drei Schema-Ebenen

Die von Sachse vorgenommene Unterscheidung von drei Schema-Ebenen ist sehr hilfreich:

Erste Ebene: Annahmen als verdichtete Erfahrungen im Sinne der Grundannahmen von Beck

Zweite Ebene: Kontingenz-Annahmen, die logische Verknüpfungen herstellen zwischen Bedingungen und Verhaltensweisen. Sie führen zu starken Affekten, da es sich oft um katastrophisierende Aussagen handelt: Wenn du deine Meinung sagst, verlierst du die Zuneigung anderer Menschen.

Dritte Ebene: Bewertungen des impliziten Motivationssystems wie: „Ich kann ohne die Zuneigung anderer nicht existieren.“ Sie stoßen ein Schreckensszenario an, das heftige Affekte auslöst.

Schemata bilden Netzwerke

Entsprechend der Organisation des impliziten Gedächtnisses bilden Schemata Netzwerke, so dass inhaltlich zusammengehörende Schemata oder Schemaaspekte automatisch mitaktiviert werden. Beziehungsweise ein starker zu einem Schema gehörender Affekt aktiviert auch andere Schemata,

die mit diesem Affekt verbunden sind. Das Schema „Ich darf nicht auffallen“ ist im Fall einer Zuwiderhandlung mit Scham verbunden. Beschämend ist aber auch das Schema „Ich bin viel zu dick“ und das Schema „Ich bin hässlich“. Sie bilden ein individuelles idiosynkratisches Netzwerk und werden bei Aktivierung des einen jeweils mitaktiviert. Dies führt dazu, dass ein einzelnes Schema relativ häufig aktiviert wird, auch weil es viele auslösende Situationen gibt und weil es viele Schemata gibt, die zum Netzwerk gehören.

Sachse et al. (2008) fassen die wichtigen Merkmale von Schemata in einer Liste funktionaler Eigenschaften zusammen:

1. Nur aktivierte Schemata sind wirksam und zugänglich
2. Schemata werden automatisch aktiviert
3. Schemata werden schnell aktiviert
4. Schemata sind oft der Person nicht bewusst
5. Schemata haben Filterfunktionen (unterdrücken Fakten, die gegen sie sprechen)
6. Schemata determinieren die Exekutive (Wahrnehmung, Denken, Fühlen, Handeln)
7. Schemata erzeugen hyperallergische Reaktionen (nicht ganz richtiges Wort ist völlig falsch und wird mit größter Empörung oder Beleidigung beantwortet)
8. Schemaaktivierungen können von der Person in der Regel nicht kontrolliert werden
9. Schemata determinieren den gesamten State of Mind einer Person
10. Aktivierte Schemata erscheinen der Person subjektiv zwingend (tausendprozentig wahr und wichtig)

■ Therapie dysfunktionaler Schemata

Man muss die oben dargestellten Eigenschaften von Schemata und insbesondere von dysfunktionalen Schemata gut kennen, um mit ihnen therapeutisch arbeiten zu können. Eine erste Prämisse ist dabei die angemessene Zielsetzung. Denn wir müssen davon ausgehen, dass dysfunktionale Schemata, die aus einer sehr belastenden Entstehungsgeschichte resultieren, nicht ganz gelöscht werden können (LeDoux, 2001). Ziel kann also nur sein, dabei zu helfen, dass das Schema künftig möglichst selten aktiviert wird und dass es bei seiner Aktivierung nur noch zu ganz geringen aversiven Affekten führt, dass es nicht mehr so zwingend erscheint, dass es möglichst gleich bewusst wird und dass es rechtzeitig der bewussten Kontrolle zugänglich wird. Für die Therapieplanung ist von Bedeutung, dass anders als bei der Beck'schen Kognitiven Therapie der affektive Aspekt eines Schemas in der Therapiestunde aktiviert sein muss. Bei der Kognitiven Therapie findet zwar auch eine Aktivierung der Schemata statt, wodurch der affektive Aspekt ins Bewusstsein rückt, was aber nicht direkt vom Therapeuten geplant ist, so dass es im ungünstigen Fall ein „Reden über ...“ bleibt.

Nur aktivierte Schemata sind veränderbar

Sachse betont, ein reines Sprechen über Schemata müsse therapeutisch unwirksam bleiben, weil diese dadurch nicht verändert würden. Nur wenn es gelingt, in der Therapiesitzung

das dysfunktionale Schema zu aktivieren, so dass der starke negative Affekt im Moment spürbar ist, kann auf das Schema Einfluss genommen werden. Der Vorgang der therapeutischen Schemaaktivierung wird von Grawe (1998) Problemaktualisierung genannt und als einer der zentralen therapeutischen Wirkfaktoren bezeichnet. Ein Schema kann nicht willkürlich aktiviert werden. Es müssen die situativen Trigger zu Hilfe genommen werden. Dazu ist das imaginative Eintauchen in szenisches Erleben notwendig (bottom-up-Aktivierung).

Sachse et al. (2008) empfehlen eine sequentielle Strategie der therapeutischen Arbeit mit dysfunktionalen Schemata:

1. Aufbau der therapeutischen Beziehung
2. Aufheben der Vermeidung von Introspektion (bei psychosomatischen Patienten)
3. Problembewusstsein schaffen bezüglich ichsyntoner Schemata, die zum dominierenden Persönlichkeitsstil des Patienten gehören
4. Klärung des Schemas, d. h. ein Bewusstsein für das dysfunktionale Schema schaffen, so dass der Patient es hinsichtlich Entstehung, Aufrechterhaltung und Wirkung versteht und es sprachlich kommunizieren kann
5. Aufbau einer starken Motivation, sich vom dysfunktionalen Schema zu befreien
6. Schemabearbeitung mit dem Ziel, es zu verändern
7. Ein alternatives funktionales Schema etablieren
8. Aufbau von Fähigkeiten, um Interaktionen ohne das dysfunktionale Schema meistern zu können
9. Transfer des alternativen Schemas in Alltagssituationen und in die Situationen, die bisher das dysfunktionale Schema auslösten

Hohe Motivation herstellen

Da ohne sehr große Änderungsmotivation keine Schemabearbeitung wirksam sein kann, muss nach der in der Klärungsphase implizit aufgebauten Änderungsmotivation zusätzlich interveniert werden, um wirklich große Motivation aufzubauen. Sachse et al. (2008) empfehlen, beim Patienten folgende Erkenntnis herzustellen:

1. Das Schema schadet dem Patienten in seinem Versuch, mit sich, mit anderen Menschen und mit seinem Leben auf eine befriedigende, gesunde Weise umzugehen und zurechtzukommen, erheblich
2. Das Schema ist deshalb hoch dysfunktional
3. Das Schema stammt aus der Biographie, durch Interpretation biographischer Erfahrungen mit nur wenigen Bezugspersonen
4. Das Schema ist nicht wahr, sondern durch Rückmeldungen dieses Bezugspersonen entstanden
5. Als Kind oder Jugendlicher war der Patient nicht fähig, gegen diese Erfahrungen eigene funktionale Schemata aufzubauen
6. Heute kann er als Erwachsener das Schema hinterfragen und erkennen, dass es nicht wahr ist
7. Heute kann er als Erwachsener das Schema verändern, neue Erfahrungen machen und sich durch diese neuen Erfahrungen neu erleben und definieren
8. Heute kann er daran arbeiten, ein neues, alternatives Sche-

ma aufzubauen, das ihm hilft, seine Beziehungen und sein Leben zufriedenstellend einzurichten

Zusätzlich werden dem Patienten Informationen über Schemata gegeben wie über deren Übergeneralisierung und fehlende Übertragbarkeit von der historischen Situation des damaligen Kindes auf das Leben des heutigen Erwachsenen. Wenn der Patient wütend auf das dysfunktionale Schema ist, sich seine Diktatur nicht mehr gefallen lassen will und bereit ist, für seine Befreiung zu kämpfen, bringt er selbst die notwendige Stärke und Ausdauer in die anstehende Änderungsarbeit ein.

Schemahemmung

Um ein dysfunktionales Schema hemmen zu können, müssen nach Sachse et al. (2008) drei Bedingungen erfüllt sein:

Die Widerlegung des Schemas muss genau den Kern des Schemas treffen, was nur möglich ist, wenn der Therapeut zuvor im Rahmen einer ausführlichen Klärungsphase diesen Kern sehr gut verstanden und dem Patienten ermöglicht hat, diesen Kern im aktivierten Zustand selbst kognitiv zu repräsentieren. Die Autoren warnen vor einer oberflächlichen Argumentation „am Schema vorbei“, die keine Wirkung hat. Wenn es also um einen Mangel an Wahrgenommenwerden geht, dann geht eine Konzentration auf Wertschätzung an diesem Schema vorbei. Argumente gegen die Gültigkeit des Schemas (diese haben kognitive und affektive Aspekte) müssen den Patienten subjektiv so überzeugen, dass er sie akzeptieren kann. Nur solche Formulierungen, die der Patient annehmen kann, sind zielführend. Nicht die Überzeugung des Therapeuten entscheidet, sondern die des Patienten. Die Autoren gehen davon aus, dass der sokratische Dialog nicht ausreicht, um zu der notwendigen Überzeugung zu kommen.

Der Patient muss hoch motiviert sein, das Schema aktiv zu bekämpfen. Diese Motivation muss schon vor der Änderungsphase der Therapie aufgebaut worden sein. Ist diese enorm große Motivation nicht vorhanden, leistet der Therapeut Schwerarbeit, ohne gegen den Widerstand des Patienten viel ausrichten zu können. Die Autoren sprechen davon, den Patienten regelrecht gegen sein Schema aufzuhetzen, ihn also hinsichtlich des Willens, es loszuwerden, stark zu emotionalisieren.

Aufbau des alternativen Schemas

Das neue Schema, das dem Patienten eine vollständige Alternative zum alten dysfunktionalen Schema bieten soll, muss inhaltlich genau zu dessen Thema passen. Wenn das Selbstbild eines Underachievers durch ein alternatives Schema ersetzt werden soll, so ist die Aussage: „Dafür bin ich aber sehr gesellig und beliebt“ nicht passend. Vielmehr muss das alternative Schema das Leistungsthema aufgreifen wie: „Ich kann wichtige Arbeiten sehr gut erledigen.“ Es muss aber auch zu seinen übrigen Motiven, Bedürfnissen und Zielen passen und darf nicht einen neuen unlösbaren Konflikt hervorrufen. Wenn ein Patient durch hohe Leistungsmotivation und sehr gute Leistungen in eine für ihn bedrohliche Rivalität mit seinem Vater oder Vorgesetzten gerät, dann wird ein weiterer Konflikt aktualisiert, dem ein anderes dysfunktionales Sche-

ma zugrunde liegen könnte: „Wenn ich besser bin als mein Betreuer, mache ich ihn mir zum Feind, und er vernichtet mich.“ Um solche neuen Probleme zu erkennen, halten die Autoren es für unverzichtbar, das neue, alternative Schema einer Kompatibilitätsprüfung zu unterziehen. Nur wenn es keine neuen großen therapeutischen Widerstände hervorruft, kann der Patient sie integrieren. Wichtig ist darüber hinaus, dass auch die neuen alternativen Schemata in der Therapie-sitzung wiederholt aktiviert werden müssen. Die aus ihnen entstehenden positiven Affekte wirken stark motivierend. Dabei geht es im Falle eines Therapieerfolgs jetzt nicht mehr so sehr um Bedürfnisbefriedigung, sondern darum, dass persönliche Werte erreicht wurden (Hauke, 2001; Hauke & Sulz, 2007; Hauke, 2009a)

Sachsches Ein-Personen-Rollenspiel

Sachse hat das Ein-Personen-Rollenspiel als Intervention in der Änderungsphase einer Therapie bereits 1983 vorgestellt und weiter elaboriert, so dass Sachse et al. (2008) eine lang-jährig bewährte und gereifte Form anbieten können.

Es ist eine Variante der erlebnisorientierten Stuhlarbeit, wie sie auch von Moreno (1972) für das Psychodrama, von Perls (1976) für die Gestalttherapie und von Greenberg und Mitarbeitern für die Emotionsfokussierte Therapie (Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2008) genutzt wurde. Die Stuhlarbeit baut auf der Vergegenwärtigung einer auf dem leeren Stuhl sitzenden Person auf, und der Patient erlebt den entstehenden Dialog so, als ob er wirklich in dieser Gesprächssituation wäre. Er imaginiert sein Gegenüber und versetzt sich ganz in die Situation hinein, so dass er mit seinen ganzen Sinnen und seinem Körper in dieser Situation ist und entsprechend deutlich die zugehörigen Affekte spürt.

Da das Ein-Personen-Rollenspiel (EPR) so viele Vorteile hat, dass es sich als generelles therapeutisches Instrument anbietet, soll es hier ausführlicher beschrieben werden:

Zwei Stühle stehen sich gegenüber. Der Patient sitzt abwechselnd auf ihnen - je nachdem, als wer er gerade denkt und fühlt. Der erste Stuhl ist für ihn der Patient, der mit seinen Problemen zur Therapie kommt:

- KK-Stuhl (Patient [Klient] spielt sich als Patient [Klient])
- KT-Stuhl (Patient [Klient] spielt sich als Therapeut)

Seitlich zwischen beiden Stühlen ist der Stuhl der Therapeuten, der auf demselben Stuhl sitzend zwei Funktionen ausübt:

- als Therapeut für den Patienten auf dem KK-Stuhl
- als Supervisor für den Therapeuten auf dem KT-Stuhl

Die Eleganz des EPR besteht also darin, dass der Patient seinen eigenen Therapeuten spielt und als solcher die Patientenseite in sich konfrontiert, belehrt, hinterfragt etc. und damit weniger therapeutischer Widerstand dem Therapeuten entgegenkommt. Denn er nimmt einen Perspektivenwechsel vor, der ihm hilft, sich von seinem dysfunktionalen Schema

vorübergehend zu distanzieren; und das alles in einer schemaaktivierten Verfassung, so dass er das alles erlebt, was er sagt. Der Patient nimmt eine sehr aktive Position ein. Statt sich behandeln zu lassen, handelt er. Das langwierige Bemühen, kognitive Umstrukturierungen hartnäckiger Schemata zu bewerkstelligen, wird durch das erlebnisorientierte Vorgehen, leichter und weniger zeitraubend. Zudem verbleiben bei rein kognitiven Umstrukturierungen die affektiven Anteile des Schemas unbearbeitet, was dazu führt, dass die kognitiven Veränderungen nicht lange anhalten.

Der Therapeut wechselt zwischen seiner Rolle als Therapeut und der Rolle als Supervisor des Therapeuten, den der Patient gerade spielt. Dadurch ist gewährleistet, dass ein sehr gutes Arbeitsbündnis mit dem Teil des Patienten entsteht, der das Schema unwirksam machen möchte. Beide verbünden sich als Arbeitsteam und verheddern sich nicht im therapeutischen Widerstand. Sie sprechen über den Patienten, und da sie den gleichen Blickwinkel haben, sind sie sich in vielem einig. Die Autoren weisen darauf hin, dass nach dem Finden und Formulieren eines alternativen Schemas eine ausführliche Prüfung stattfinden muss, ob dieses den Patienten wirklich überzeugt, ob er es annehmen kann und seine Integration möglich ist. Es muss nach verbleibenden Gegenargumenten gesucht werden und nach negativen Affekten, die das neue Schema eventuell auslöst. Die Arbeit darf nicht beendet werden, bis keine kognitive und keine affektive Gegenreaktion mehr die Etablierung des alternativen Schemas stört.

Der Ablauf des Ein-Personen-Rollenspiels

1. Der Patient sitzt auf dem Klientenstuhl. Es wird eine veränderbare dysfunktionale Annahme herausgearbeitet. Nur wenn die Beziehung zum Therapeuten schon sehr gut ist und wenn nicht eine durchgehende massive Vermeidungshaltung des Patienten, eine Aktivierung des Schemas verhindert, kann das Herausarbeiten fortgesetzt werden.
2. Der Patient sitzt auf dem Therapeutenstuhl. Die dysfunktionale Annahme wird bearbeitet. Zuerst instruiert er seinen Klienten und formuliert eine Gegenannahme und Gegenstrategie. Abschließend fassen er und sein Supervisor das vorläufige Ergebnis gut verständlich für den Klienten zusammen.
3. Der Patient sitzt wieder auf dem Klientenstuhl. Er führt eine Prüfung der therapeutischen Gegenargumente durch. Welche Aspekte der Formulierungen kann er gedanklich nicht annehmen, bei welchen bleiben trotz kognitiver Zustimmung noch affektive Ressentiments und Vorbehalte? Dieser dritte Arbeitsschritt ist der entscheidende. Nur wenn es zu einem stimmigen Ergebnis kommt, war die Arbeit erfolgreich. Diese Prüfung erfolgt im Dialog zwischen Therapeut und Patient (auf dem Klientenstuhl). Der Therapeut bringt das Ergebnis auf den Punkt: Was genau überzeugt den Patienten? Weshalb überzeugt es den Patienten? Welche Konsequenzen hat diese neue Überzeugung? Was nicht überzeugend war, ist Gegenstand einer neuen Bearbeitung mit den Schritten eins und zwei. Abgeschlossen wird auch diese neue Bearbeitung mit Schritt drei – der Prüfung.

Mit dieser Variante der Stuhlarbeit kann nicht nur die Schemaklärung (z. B. durch die klassische Art der Arbeit mit dem leeren Stuhl), sondern auch die Schemaänderung im erlebnisorientierten Modus erfolgen. Das erlebnisorientierte Vorgehen ist eine heute unverzichtbar erscheinende Erweiterung der Arbeit mit dysfunktionalen Schemata. Deshalb sollten erlebnisorientierte Interventionen zur Standardausstattung jedes Therapeuten gehören, und ihre Anwendung sollte nicht nur auf die Klärungsphase der Therapie beschränkt sein. Auch wenn die kognitive Verhaltenstherapie über ein sehr großes Repertoire an Änderungsstrategien verfügt, so kann sie diese doch noch wirksamer und für den Patienten beeindruckender erfahrbar machen, wenn ein erlebnisorientierter Interventionsteil dabei ist. Vor allem wird beim erlebnisorientierten Vorgehen seltener der Fehler gemacht, zu schnell über kognitive, affektive und motivationale Widerstände hinwegzugehen. Denn der Therapeut ist mit seiner ganzen Aufmerksamkeit beim Erleben des Patienten, bei dessen Gedanken, Gefühlen, Bedürfnissen und Ängsten, während dieser den Änderungsschritt wagt. An dieser Stelle sei betont, dass Verhaltenstherapeuten häufig und wirksam erlebnisorientiert arbeiten, wenn sie eine Exposition durchführen. Die hier besprochenen Gesichtspunkte sind bei der Angstexposition definitionsgemäß im Fokus der therapeutischen Arbeit. Wir können davon ausgehen, dass durch eine Angstexposition implizit dysfunktionale Schemata geändert werden und ein alternatives Schema so aufgebaut wird, dass es das alte Schema dauerhaft hemmt und integriert wird. Nichts ist überzeugender als eine gelungene Angstexposition. Auf die Veränderung weiterer Emotionen bezogen ist das Expositionsverfahren als Emotionsexposition (Sulz, 2001) neben dem hier beschriebenen Ein-Personen-Rollenspiel ein wichtiges Instrument der Verhaltenstherapie zur Aktivierung und Änderung dysfunktionaler Schemata. Die Situationsanalyse im CBASP von McCullough (2007) führt von einem anderen Rationale ausgehend ebenfalls effektive Schemaänderungen durch. Die schemaauslösende Situation wird so analysiert, dass die dysfunktionalen Annahmen und die zugehörigen Gefühle dem Patienten so präsent werden, dass eine Schemaaktivierung entsteht und damit dessen Änderung möglich wird. Die Klärungsseite hat bei den Vorgehensweisen von Greenberg mit seiner Emotionsfokussierten Therapie (Greenberg, 2000; Elliott et al., 2008) und beim ebenso eleganten Microtracking von Pessa (Pessa & Perquin, 2008) ein größeres Gewicht, weshalb nach diesen Arbeiten noch kognitiv-behaviorale Veränderungsstrategien hilfreich sind. Deren Einsatz ist auch in der Schemabearbeitung von Sachse et al. nach dem Ein-Personen-Rollenspiel vorgesehen. Wir haben damit Vorschläge zum Einsatz von erlebnisorientierten Interventionen, die helfen, ein dysfunktionales Schema zu aktivieren und im aktivierten Zustand zu verändern – als wichtiger Therapieschritt in der Kette relevanter Maßnahmen bis zum erfolgreichen Abschluss einer Behandlung. Wir können diese Interventionen in die kognitiv-behaviorale Therapie integrieren. Die Begründung für ihre Integration liefert die heutige Emotionspsychologie (Greenberg, 2000; Damasio, 2003) und Hirnforschung (LeDoux, 2001; Damasio, 2003), ebenso wie die konzeptionelle Weiterentwicklung von Becks kognitivem Ansatz durch die Arbeit mit Metakognitionen (Wells & Wells, 2002), Schemata

(Young et al., 2005) und auch die Entwicklungspsychologie (Piaget, 1976; McCullough, 2007; Sulz, 2001).

Strategisch-Behaviorale Therapie als Methode der Schemaklärung und -bearbeitung

Den Abschluss dieser Betrachtungen soll ein Vergleich mit der Strategisch-Behavioralen Therapie (Sulz & Hauke, 2009) darstellen. Diese basiert auf Piagets (1976) Theorie der kognitiven und affektiven Entwicklung durch Äquilibration von assimilativen und akkommodierenden Prozessen. Erfahrungen, die das innere Modell der äußeren Realität bestätigen, werden assimiliert. Sie führen aufgrund der vielfachen empirischen Belege zu einer Verfestigung der Annahmen über die Welt und werden als stabile Schemata im Gedächtnis abgelegt. Erst wenn sie nicht mehr assimiliert werden können, wird unser Modell der Welt verändert durch den Prozess der Akkommodation. Da dies eine große psychische Instabilität bedeutet, wehren sich Menschen, deren Weltbild durch sehr belastende und bedrohliche Erfahrungen entstanden ist, gegen eine Veränderung. Ihre Schemata sind änderungsresistent geworden. Sie sind immun gegen neue Erfahrungen. Symptombildung ist das kleinere Übel im Vergleich zu der Destabilisierung durch Schemaänderung. Noch mehr Sicherheit gegen Schemaänderung wird durch die Bildung einer Persönlichkeitsstörung erreicht, um den Preis noch größerer Dysfunktionalität.

Insofern ist der Begriff „dysfunktionales Schema“ quasi synonym für verloren gegangene Flexibilität im Umgang mit sich selbst und mit der Welt. Dies kann sich auf alle psychischen Funktionen beziehen,

- angefangen bei der Wahrnehmung
- über die Einschätzung des Wahrgenommenen,
- den Abgleich der Möglichkeiten und Anforderungen der Situation mit den eigenen Motiven und den eigenen Fähigkeiten,
- die Auswahl der bestmöglichen Handlung für diese konkrete Situation durch Antizipation der kurz- und langfristigen Folgen der Handlung für sich selbst und für die wichtigen Beziehungen,
- das Entfalten eines optimalen Handlungsentwurfs,
- das Herstellen der richtig dosierten Aufmerksamkeit, Konzentration und Wachheit,
- das Zur-Verfügung-Stellen der notwendigen Energie für die intendierte Handlung,
- die Aktivierung der zielführenden Willenskraft,
- die während der ablaufenden Handlung noch geschehende Abänderung und Feinjustierung des Verhaltens
- bis zur Komposition eines Handlungsbogens, der im rechten Moment Energie nachlässt, um genau bei Zielerreichung wieder in den Ruhezustand zu gleiten.

Es gibt sicher noch viele Teilprozesse, die unterschiedlich flexibel sein können. Automatisierung bedeutet nicht zwingend Unflexibilität, wie wir ja von Kampfsportarten wissen. Automatisierung ist also keine ausreichende Erklärung für die fehlende Flexibilität von dysfunktionalen Schemata. Wir kennen beim Menschen hoch automatisiertes Verhalten, das viel treffsicherer ist als bewusst und willkürlich intendiertes

Verhalten aus fast jeder Sportart. Wir können davon ausgehen, dass wir auch im sozialen Bereich ebenso flexibles automatisiertes Verhalten in großem Umfang einsetzen. Wir erfassen eine bestimmte soziale Situation in Sekundenbruchteilen und stellen uns genauso schnell auf sie ein, um exakt das Verhalten zu zeigen, das die bestmögliche Antwort ist. So kann ein kleines Zucken der Augenbrauen des Gegenübers verraten, dass ein defensives Verhalten angezeigt ist, weil der andere auf eine Gelegenheit zum Angriff wartet. Bei dysfunktionalen Schemata muss also außer der falschen Interpretation der Situation und des Verhaltens des Gegenübers ein aktiver Hemmungsmechanismus stattfinden, der die natürliche Flexibilität des Menschen blockiert. Das ist so, wie wenn wir auf einem zugefrorenen See herumlaufen. Da „frieren“ unsere Gelenke auch weitgehend ein, und wir staksen ungelent und unsicher auf der glatten Oberfläche umher, jeden Moment darauf wartend, den Halt zu verlieren und zu Boden zu stürzen. Wir verlieren unsere Beweglichkeit, wenn Gefahr im Verzug ist, sei es das physikalische oder das zwischenmenschliche Eis. Der Einsatz dysfunktionaler Schemata steht also unter dem Vorzeichen von Bedrohung und Stress. Es ist zu fragen, ob das Schema wirklich erst durch den situativen Auslöser die ganze Reaktionskette in Gang setzt oder ob nicht bereits ein Lebenskontext existiert, in dem die problematische Situation auftaucht. Im Kontext von Krieg hat die Begegnung mit einem Fremden eine völlig andere Bedeutung als im Kontext einer Rucksackreise durch ein friedliches Land. Menschen, die in großem Umfang dysfunktionale Schemata einsetzen, um mit anderen Menschen zurechtzukommen, sehen ihr Leben vielleicht grundsätzlich in einem „Kriegszustand“ bzw. einem schon seit Kindheit bestehenden und immer noch währenden Lebenskontext von Bedrohung.

Die Überlebensregel als exekutives Schema

Je gefährlicher es ist, umso strenger muss ich mich an eine Handlungsregel, ein Gebot oder ein Verbot halten. Im Sinne von Grawes (1987) Vertikaler Verhaltensanalyse und Plananalyse können wir einen Oberplan als exekutives Schema bei jedem Menschen finden. Oder als generalisierte Regel, die im Sinne von Hayes, Strosahl und Wilson (2004) zu regelgeleitetem Verhalten führt, das nicht durch Konditionierungen aufgebaut und aufrechterhalten wird, sondern durch das Diktat der wie ein strenges Gesetz wirkenden Regel.

Die von Sulz (1994) vorgeschlagene Überlebensregel als Quintessenz kindlicher Erfahrungen und Schlussfolgerungen ist ein exekutives Schema, das als Hauptaussage ein Gebot, einen Oberplan im Sinne von Grawe (1998) enthält. Sie ist eine Elaborierung von Becks (1979) Grundannahmen und beinhaltet als zweite Hauptaussage ein Verbot. Als implizites Schema ist sie im Normalfall vom Patienten noch nie so explizit formuliert worden, sie determiniert aber sein Verhalten in großem Umfang. Für sie gelten alle obigen Aussagen über Schemata. Darüber hinaus formuliert sie direkt eine dysfunktionale Bewältigungsstrategie.

Ihre Syntax ist:

- Nur wenn ich immer ... (z. B. meine Meinung zurückhalten und anderen zustimme)

Tabelle 2: Funktionale Merkmale der Überlebensregel als dysfunktionalem Schema

Funktionale Merkmale dysfunktionaler Schemata nach Sachse et al. (2008)	Die Überlebensregel als dysfunktionales Schema
Nur aktivierte Schemata sind wirksam und zugänglich	Zuerst muss der Patient sich in eine problematische Situation hineinversetzen, so dass er diese erlebt, als ob es jetzt hier geschehen würde, damit die Überlebensregel aktiviert wird
Schemata werden automatisch aktiviert	Weder Pat. noch Therapeut können die Überlebensregel gezielt „top-down“ aktivieren, das kann nur durch die auslösende Situation und deren problematische Stimuli „bottom-up“ automatisch geschehen
Schemata werden schnell aktiviert	Sobald der Pat. in seiner Imagination oder im Rollenspiel oder in einer Stuhltechnik die auslösende Situation vergegenwärtigt, ist die Überlebensregel aktiviert, noch ehe eine kognitive Interpretation der Situation erfolgen kann
Schemata sind oft der Person nicht bewusst	Der Pat. „denkt“ die Überlebensregel nicht. Sie ist gültig, ohne dass sie ihm bewusst ist
Schemata haben Filterfunktionen (unterdrücken Fakten, die gegen sie sprechen)	Die Überlebensregel verhindert, dass Hinweisreize, die gegen ihre Gültigkeit sprechen, wahrgenommen werden und dass Gedanken gebildet werden, die sie in Frage stellen würden
Schemata determinieren die Exekutive (Wahrnehmung, Denken, Fühlen, Handeln)	Die Überlebensregel bestimmt, wie die Situation interpretiert, eingeschätzt und bewertet wird, welche Bedürfnisse in den Vordergrund treten, welche Ängste und Vermeidungsmotive aktiviert werden, welche Emotionen entstehen, welche Handlungsentwürfe für erfolgversprechend befunden werden und welches Verhalten schließlich resultiert
Schemata erzeugen hyperallergische Reaktionen (nicht ganz richtiges Wort ist völlig falsch und wird mit größter Empörung oder Beleidigung beantwortet)	Die Überlebensregel wirkt wie ein starkes Vergrößerungsglas auf Bedürfnisse und Ängste, so dass ein Bedürfnis ganz akut, eine Gefahr hoch bedrohlich erscheint und der Mensch übermäßig alarmiert ist, wodurch schließlich ein viel zu heftiges Agieren resultieren kann (aber auch ein extremes Stillhalten), das dem Gegenüber absolut situationsinadäquat erscheint
Schemaaktivierungen können von der Person in der Regel nicht kontrolliert werden	Die Aktivierung der Überlebensregel sowie der damit netzwerkartig verbundenen Bedürfnisse und Ängste, Gebote und Verbote kann nicht bewusst steuernd moduliert werden, selbst wenn der Betreffende auf der bewussten Ebene nicht so denken, fühlen und handeln will
Schemata determinieren den gesamten State of Mind einer Person	Wenn die affektive und motivationale Energie, die aktiviert wurde, sehr groß ist, kann der ganze Mensch mit Haut und Haaren, mit all seinen Sinnen, seinem Denken, Fühlen und seiner Körperlichkeit von der Überlebensregel erfasst sein, so dass er ganz und gar zu dem Menschen geworden ist, den diese Überlebensregel charakterisiert. Das entspricht Youngs Schemamodus
Aktivierte Schemata erscheinen der Person subjektiv zwingend (tausendprozentig wahr und wichtig)	Während die Reflexion einer nicht aktivierten Überlebensregel, über die der Patient mit dem Therapeuten spricht, zulässt, seine Wahrheit und Gültigkeit zu hinterfragen, ist eine aktivierte Überlebensregel zwingend wahr. Nichts anderes gilt

- Und wenn ich nie ... (z. B. andere korrigiere oder zu-rechtweise)
- Bewahre ich mir ... (z. B. Sympathie und Zuneigung aller Menschen)
- Und verhindere ... (z. B. Ablehnung, Liebesverlust und Zurückweisung).

Sie geht aus der kindlichen Theory of Mind (Baron-Cohen, 1995) hervor, die ein implizites Selbst- und ein Weltbild enthält, das im Vorschulalter entstanden ist. Sulz (1994, 2002) beschreibt die Erarbeitung der Überlebensregel aus der biographischen Arbeit mit den Eltern. Die Vorstellungen des Kindes über seine eigene psychische Beschaffenheit, seine Bedürfnisse und Fähigkeiten und über die Eigenschaften, Ziele und Motive der Eltern ergeben sein Selbst- und Weltbild, das als Schema-Netzwerk Vorhersagen über das Verhalten der Eltern und Vorhersagen über die Auswirkungen eigenen Verhaltens (Bedürfnisbefriedigung, -frustration, Bedrohungen) enthält. Dieses Schema-Netzwerk beinhaltet implizite Regeln, die sich unter einer globalen Regel subsummieren lassen, die schließlich als Systemregel Erleben und Verhalten eines Menschen im sozialen Kontext weitgehend vorgibt.

Während Young (Young et al., 2005) mit achtzehn inhaltlichen Typen von Schemata arbeitet, denen je drei maladaptive Bewältigungsstrategien zugeordnet sind (sich in das Schema fügend, das Schema vermeidend, das Schema überkompensierend), greift die Strategisch-Behaviorale Therapie (Sulz & Hauke, 2009) am Gesamt des Schema-Netzwerks an, formuliert gemeinsam mit dem Patienten die Überlebensregel als Grundformel des Netzwerks und bearbeitet dieses Schema. Young geht also in seiner Arbeit sehr früh auf die Inhalte der Schemata ein, während die Arbeit an der Überlebensregel den Prozess in den Vordergrund stellt und auch im Vordergrund behält. Die Syntax und die Funktion der Überlebensregel sind überindividuell, ihre Inhalte idiosynkratisch. Die Begrenzung der therapeutischen Arbeit auf ein zentrales Schema hat ökonomische Bedeutung. Der Hebel wird an der wirksamsten Stelle angesetzt, und es werden alle relevanten Schemata einbezogen, wenngleich nicht jedes explizit bearbeitet.

Die Syntax der Überlebensregel enthält zugleich die wichtigen Parameter des impliziten Motivationssystems – zentrale Bedürfnisse und zentrale Ängste/Bedrohungen. Sie sind der Maßstab für das zu erwartende Ergebnis eines geplanten Verhaltens. Wird Bedürfnisfrustration oder eine Bedrohung vorhergesagt, dann ist ein Verhalten verboten. Verspricht ein Verhalten Bedürfnisbefriedigung oder Reduktion von Bedrohungen, dann ist es geboten. Gebote und Verbote können nur aufgehoben werden, wenn Bedürfnisbefriedigung und Freiheit von Bedrohung gewährleistet bleiben. Die Überlebensregel hat nicht nur die Qualität eines exekutiven Schemas, sie hat zugleich sehr wichtige funktionale Aspekte (Tab. 2) – wie insgesamt die Strategisch-Behaviorale Therapie primär als funktionaler oder funktionsanalytischer Ansatz entwickelt wurde.

Funktionsanalyse und Schemaanalyse können in einer systemtheoretischen Betrachtung zusammengebracht werden, die das Zusammenwirken des impliziten Motivationssystems und des Realitätsmodellierungssystems sensu Sachse et al. (2008) beschreibt und erklärt. Deshalb ist die Frage, die Therapeut und Patient sich stellen müssen, bevor sie die Überlebensregel modifizieren, wozu diese von der Psyche erfunden wurde, welche Funktion sie genau erfüllt. Die Antwort geben der dritte und der vierte Teilsatz: Es geht um die Bewahrung zentraler Bedürfnisse und um die Verhinderung derjenigen Bedrohungen, die für diesen Menschen das Schlimmste wären, was ihm passieren könnte. Daraus ergibt sich die Frage, durch welches andere Verhalten Bedürfnisbefriedigung und Bedrohungsverhinderung erreicht werden kann. Die weiteren therapeutischen Schritte entsprechen den Vorschlägen von Sachse et al. (2008) zur Schemabearbeitung bzw. den Ausführungen von Sulz (2002), der der dysfunktionalen Überlebensregel eine Lebensregel entgegenstellt, die ein neues, alternatives Schema ist, an dem so lange gefeilt wird, bis es überzeugend ist, mit starken positiven Affekten verknüpft ist und integriert werden kann. Und bis es neues Verhalten induziert, das funktional ist und dessen Folgen ebenfalls positiv emotional bewertet und erlebt werden. Für den zweiten therapeutischen Schritt, die Schemabearbeitung oder Schemaänderung, also den Übergang von der dysfunktionalen Überlebensregel zur Lebensregel kann sehr gewinnbringend Sachses Ein-Personen-Rollenspiel eingesetzt werden. Der erste therapeutische Schritt, die Schemaklärung, erfolgt auf andere Weise als bei Sachses Klärungsorientierter Psychotherapie, wenngleich ähnlich erlebnisorientiert und auf die Aktivierung des Schemas innerhalb der Therapiesitzung abzielend. Nach dem Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient und Therapeut wird der Patient zuerst befähigt, seine Emotionen durch Achtsamkeit zu regulieren (Hauke, 2009b). Der Therapieprozess lässt sich in der Strategisch-Behavioralen Therapie durch zwanzig Schritte beschreiben (Sulz, 2001; Hauke & Sulz, 2009), die zum großen Teil den in der Psychotherapieforschung (Grawe, 1998) anerkannten Wirkfaktoren entsprechen (Tab. 3).

Tabelle 3: Therapieschritte zur Veränderung der Überlebensregel als dysfunktionales Schema

1. Aufbau von Hoffnung und Glauben (Erwartung von Therapieerfolg)
2. Aufbau einer förderlichen Beziehung, Bedürfnisbefriedigung mit dem Ziel des Wohl-befindens und des Freisetzens von Ressourcen
3. Herstellen tiefer emotionaler Erfahrung durch Schemaaktivierung der dysfunktionalen Überlebensregel
4. Korrektur der emotional-kognitiven Bewertungen, die implizit der dysfunktionalen Überlebensregel zugrunde liegen
5. Herstellen von Achtsamkeit und Akzeptanz der dysfunktionalen Überlebensregel gegenüber
6. Aufbau von starker Motivation, die Überlebensregel zu ändern
7. Ressourcenmobilisierung mit Aufbau einer alternativen funktionalen Lebensregel

8. Herstellen einer willentlichen Entscheidung, die Überlebensregel zu ändern und als neue Orientierung eine alternative Lebensregel zu etablieren, die sich mehr an Werten als an Bedürfnissen orientiert
9. Fördern von Loslassen des Alten, Trauern um den Verlust, wenn die Überlebensregel losgelassen wird
10. Bewältigung der Angst vor Veränderung der Überlebensregel und vor dem Neuen, das die alternative Lebensregel bringen wird
11. Veränderung des Verhaltens und Erlebens
12. Erfahrung von Selbsteffizienz durch Erleben der Erfolge mit Verhalten, das sich an der neuen Lebensregel orientiert
13. Umgang mit Niederlagen, wenn es scheint, dass es doch besser gewesen wäre, sich an die alte Überlebensregel zu halten
14. Automatisierung der neuen Lebensregel und des neuen Verhaltens und Erlebens
15. Generalisierung der neuen Lebensregel und des neuen Verhaltens und Erlebens
16. Selbstmanagement des Verhaltens und Erlebens mit autonomen und situationsgerechten Entscheidungen, die nicht irgendeiner Regel sklavisch folgen
17. Bahnen weiterer Selbstentwicklung, d. h., mit neuen Erfahrungen wächst die Lebensregel mit, lässt Flexibilität, wo nötig, gibt Orientierung, wo nötig
18. Vorbereiten auf Abschied, Beenden der Therapie
19. Vorbereiten auf die Zeit nach der Therapie (die ersten Monate)
20. Vorbereiten auf die Zukunft

Diese zwanzig Schritte umfassen sowohl die Klärungs- als auch die Änderungsphase der Schemabearbeitung im Sinne von Grawe (1998). Wichtig für die Schemabearbeitung ist das Emotionalisieren

- durch Schemaaktivierung der Überlebensregel mit intensiven Affekten,
- durch Aufbau einer sehr starken, spürbaren Motivation, die Überlebensregel zu ändern,
- durch erlebbare Begeisterung für die neue alternative Lebensregel.

Zusammenfassend haben wir uns theoretisch mit der heute häufigen Übertragung des Schemakonzpts aus Piagets Entwicklungstheorie auf kognitiv orientierte Therapien befasst und dabei besonders die Überlegungen von Sachse et al. (2008) beschrieben und diskutiert. Dadurch sind die wesentlichen Merkmale dysfunktionaler Schemata als Hauptdeterminanten psychischer Störungen noch einmal herausgearbeitet worden. Dann wurde reflektiert, welche Bedeutung diese Eigenheiten für die therapeutische Arbeit haben und welche therapeutischen Maximen sich daraus ergeben. Anschließend wurden zwei Methoden zur Schemabearbeitung bzw. -änderung beschrieben, zunächst sehr ausführlich Sachses Ein-Personen-Rollenspiel und dann vergleichend die Arbeit mit der Überlebensregel im Rahmen der Strategisch-Behavioralen Therapie. Die gewinnbringende Verbindung beider Methoden wurde angeregt.

■ Literatur

- Baron-Cohen, S. (1995). *Mindblindness: An essay on autism and theory of mind*. Cambridge: MIT Press.
- Beck, A.T. (1979). *Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose*. München: Pfeiffer.
- Berne, E. (2006). *Die Transaktionsanalyse in der Psychotherapie*. (2. Aufl.). Paderborn: Junfermann.
- Brunstein, J. (2006). Implizite und explizite Motive. In J. Heckhausen & H. Heckhausen (Hrsg.), *Motivation und Handeln* (3. Aufl., S. 235-254). Berlin: Springer.
- Caspar, F. (1996). *Beziehungen und Probleme verstehen: Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Damasio, A.R. (2003). *Der Spinoza-Effekt. Wie Gefühle unser Leben bestimmen*. München: List.
- Elliott, R., Watson, J.C., Goldman, R.N. & Greenberg, L.S. (2008). *Praxishandbuch der Emotionsfokussierten Therapie*. München: CIP-Medien.
- Epstein, S. (1993). Emotion and self-theory. In M. Lewis & J. Haviland (Eds), *Handbook of Emotions* (pp. 313-326). New York: Guilford.
- Grawe, K. (1987). Psychotherapie als Entwicklungsstimulation von Schemata. Ein Prozess mit nicht vorhersehbarem Ausgang. In F. Caspar (Hrsg.), *Problemanalyse in der Psychotherapie. Bestandsaufnahme und Perspektiven* (S. 72-87). Tübingen: DGVT.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L.S. (2000). Von der Kognition zur Emotion in der Psychotherapie. In S. Sulz & G. Lenz (Hrsg.), *Von der Kognition zur Emotion* (S. 77-110). München: CIP-Medien.
- Haken, H., Schiepek, G. (2006). *Synergetik in der Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hauke, G. (2001). Persönliche Werte in der Psychotherapie. *Psychotherapie*, 6, 5-29.
- Hauke, G. (2009a). Vom bedürfnisorientierten zum wertorientierten Menschen. In S. Sulz & G. Hauke (Hrsg.), *Strategisch-Behaviorale Therapie* (S. 58-92). München: CIP-Medien.
- Hauke, G. (2009b). Selbstregulation und Achtsamkeit. In S. Sulz & G. Hauke (Hrsg.), *Strategisch-Behaviorale Therapie* (S. 93-123). München: CIP-Medien.
- Hauke, G. & Sulz, S. (Eds.). (2007). *A 3rd Wave Therapy in Europe: Strategic Brief Therapy. Special Topic of European Psychotherapy*, Vol. 6, 21-308.
- Hayes, S., Strosahl, K.D. & Wilson, K.G. (2004). *Akzeptanz- und Commitment-Therapie. Ein erlebnisorientierter Ansatz zur Verhaltensänderung*. München: CIP-Medien.
- Horowitz, M.J. (1987). *States of Mind*. New York: Plenum.
- Horowitz, M.J. (1991). *Person schemas and maladaptive interpersonal behavior*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kelly, G. (1955). *The Psychology of Personal Constructs* (Vol. 1 and 2). New York: Norton.
- Kuhl, J. (2001). *Motivation und Persönlichkeit*. Göttingen: Hogrefe.
- LeDoux, J.E. (2001). *Das Netz der Gefühle*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Lewin, K. (1963). *Feldtheorie in den Sozialwissenschaften*. Bern: Huber.

- Luborsky, L. (1977). Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: The core conflictual relationship theme. In N. Freedman & S. Grands (Eds.), *Communication structures and psychic structures*. New York: Plenum.
- McCullough, J.P. (2007). *Behandlung von Depressionen mit dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy CBASP*. München: CIP-Medien.
- Moreno, J.L. (1972). *Psychodrama (Vol. I-III)*. New York: Beacon.
- Perls, F.S. (1976). *Gestalttherapie in Aktion*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Perrig, W.J., Wippich, W. & Perrig-Chiello, P. (1993). *Unbewusste Informationsverarbeitung*. Bern: Huber.
- Pesso, A. & Perquin, L. (2008). *Die Bühnen des Bewusstseins PBSP. Oder: Werden, wer wir wirklich sind*. München: CIP-Medien.
- Piaget, J. (1976). *Die Äquilibration kognitiver Strukturen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sachse, R. (1983). Das Ein-Personen-Rollenspiel: Ein integratives Therapieverfahren. *Partnerberatung*, 4, 187-200.
- Sachse, R. (1992). *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie – Eine grundlegende Neukonzeption*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., Püschel, O., Fasbender, J. & Breil, J. (2008). *Klärungsorientierte Schemabearbeitung. Dysfunktionale Schemata effektiv verändern*. Göttingen: Hogrefe.
- Sulz, S. (1994). *Strategische Kurzzeittherapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (2001). *Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (2002). *Praxismanual: Strategien der Veränderung von Erleben und Verhalten*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (2008). Die Schematherapie Jeffrey Youngs – ein integrativer Therapieansatz zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapie*, 12, 136-148.
- Sulz, S., Hauke G. (2009). *Strategisch-Behaviorale Therapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. & Müller, S. (2000). Bedürfnis, Angst, Wut und Persönlichkeit – eine empirische Studie zum Zusammenhang zwischen motivationalen Variablen und dysfunktionalen Persönlichkeitszügen. *Psychotherapie*, 5, 22-37.
- Sulz, S. & Tins, A. (2000). The Qualitative Analysis of Satisfaction and Frustration of Basic Needs in Childhood – A Pilot Study. *European Psychotherapy*, 1, 81-95.
- Watkins, J.G. & Watkins, H.H. (2003). *Ego-States. Theorie und Therapie*. Ein Handbuch. Heidelberg: Carl Auer.
- Watzlawick, P., Weakland, J. & Fisch R. (1979). *Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels (2. Aufl.)*. Bern: Huber.
- Wells, A. & Wells, R.E. (2002). *Emotional Disorders And Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. New York: Wiley.
- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2005). *Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch*. Paderborn: Junfermann.

■ Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. Serge Sulz
Katholische Universität Eichstätt und
Centrum für Integrative Psychotherapie CIP
Nymphenburger Str. 185 | 80634 München
sergesulz@aol.com