

(Auszug aus dem Buch „Fortschritte der Schematherapie“ im Hogrefe Verlag)

### **Jeffrey Young: „Schematherapie ist wirklich integrativ!“ – ein Interview**

(Transskript eines von Jeffrey Young überarbeiteten Interviews vom 30.12.2008. mit Eckhard Roediger)

*Jeff, was sind die wesentlichen Aspekte, die Schematherapie (ST) von anderen Formen der Psychotherapie unterscheiden?*

Der grundlegendste Unterschied zu anderen Therapieformen ist, dass die ST wirklich integrativ ist (engl. „truly integrative“). Jedes Therapiemodell hat seine Stärken, aber die meisten Therapieformen nutzen im Wesentlichen nur ein oder zwei Modalitäten. ST ist breiter, sowohl konzeptuell als auch bei dem Einsatz von Techniken.

Vergleicht man ST mit der Psychoanalyse, geht ST ebenso „tief“ und fokussiert auf Gedanken und Gefühle außerhalb des aktuellen Bewusstseins, aber sie geht dabei viel aktiver vor und nutzt und setzt verschiedene Techniken ein. ST geht bei der Einschätzung der Patienten strukturierter vor und führt den Therapeuten gezielt zu den zentralen Themen. Der typische Analytiker verhält sich viel distanzierter und deutet Bedürfnisse, während die sog. begrenzte elterliche Fürsorge in der ST viele Bedürfnisse erfüllt (**siehe auch Kap. 3**).

Wenn wir auf die Unterschiede im Vergleich zur Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) schauen, ist es fast umgekehrt: Beides sind sehr aktive Therapien, aber die KVT ist überwiegend „rational“ orientiert und versucht letztlich den Patienten zu helfen, von ihren negativen Gefühlen wegzukommen bzw. diese zu unterdrücken. In einer Langzeit-Schematherapie versuchen wir dagegen, in den Sitzungen gezielt Emotionen zu aktivieren und zu verstehen, woher sie kommen. ST geht dabei viel „tiefer“ als KVT: Was in der KVT „Grundannahme“ genannt wird ist bei weitem nicht so grundlegend und umfassend wie das, was wir ein Schema nennen. Unsere ganze Betonung der Grundbedürfnisse kommt aus der Bindungstheorie und unterscheidet sich deutlich vom Konzept der KVT. In meinen Augen hat die ST ein Entwicklungsmodell und die KVT nicht.

*Können wir dann noch die ST als eine Verhaltenstherapiemethode bzw. aus der KVT heraus entwickelt bezeichnen?*

Seit dem Beginn meiner Ausbildung war mein ganzer Hintergrund kognitiv-verhaltenstherapeutisch und der ist in der ST immer noch anwesend, vielleicht nicht so offensichtlich. Das starke Bemühen, mit dem der Therapeut aktiv versucht, Veränderungen anzustoßen, entspricht der VT-Tradition. Zu Beginn der Therapie setzten wir emotionsaktivierende Techniken ein, um an die Ursprünge der Symptome heranzukommen, aber nach der Fallkonzeption, in den mittleren und späteren Therapieabschnitten setzen wir viel kognitive und verhaltensbezogene Strategien ein, z.B. die kognitive Probe, Lösungsvorschläge und Verhaltensanregungen. Aber wir setzen die Techniken weniger strukturiert ein. Ich lasse die Patienten normalerweise nicht systematisch automatische Gedanken aufschreiben, sondern ich benutze Schemabezeichnungen wie „Verlassenheit“, um den Patienten zu zeigen, wie er die Situation in seinen Beziehungen oder in der Therapie verzerrt wahrnimmt. Wir betonen emotionsaktivierende Techniken im ganzen Therapieverlauf viel stärker und die therapeutische Beziehung ist enger.

*Wie lange braucht die Phase der Diagnostik und der emotionalen Aktivierung in einer Schematherapie im Vergleich zu der KVT-ähnlichen Veränderungsphase?*

Die Diagnostikphase mit den intensiven Imaginationsübungen dauert durchschnittlich 2-3 Monate. Aber auch in der oft mehr als ein Jahr dauernden Veränderungsphase gibt es noch häufig emotionsbetonte Stunden mit Imaginationen oder Rollenspielen, besonders wenn ich oder der Patient nicht verstehen, wo die Gefühle herkommen oder wir festhängen. Der größte Teil der Arbeit in der Veränderungsphase ist aber kognitiv-behavioral und nachbeelternd.

*Wie lange dauert eine Schematherapie eigentlich?*

Das muss man getrennt nach Patientengruppen betrachten: Normalerweise sage ich, dass ein ST mit einem Borderline-Patienten 3 Jahre braucht. Die Wahrheit ist: Du kannst eine Menge Fortschritte nach 2 oder 3 Jahren sehen, aber die meisten wollen dann nicht aufhören, obwohl sie oft gar nicht mehr wie Borderline-Patienten wirken. Bei dieser Störung geht es nicht um Symptombeseitigung, sondern um das sukzessive Aufweichen der dysfunktionalen Persönlichkeitsanteile. Aber auch bei weniger schweren Persönlichkeitsstörungen sind kürzere Schematherapien als ein Jahr selten.

*Welche Rolle spielt die psychologische Forschung bei der Entwicklung der ST?*

Wir müssen erkennen, dass Therapeuten jedweder Richtung, auch strikte KVT-Therapeuten, ihr therapeutisches Vorgehen nicht auf ihre wissenschaftlich Ausbildung aufbauen. Die kognitive Therapie kommt meiner Meinung nach nicht wirklich aus den Kognitionswissenschaften, sondern aus den Arbeiten von Kelly\*. Viele kognitive Therapeuten gründen ihr Therapierational auf die Kognitionswissenschaften, aber Beck, Ellis oder auch Barlow\* entwickelten ihre Therapien aus Intuition und den klinischen Erfahrungen mit ihren Patienten heraus. Es gibt kaum Therapiestrategien, die wirklich aus den Kognitionswissenschaften kommen.

Mit Blick auf die ST können wir verschiedene wissenschaftliche Ergebnisse heranziehen, um die ST wissenschaftlich abzusichern (z.B. das mutmaßliche Zusammenwirken der linken und rechten Hemisphäre, die Mandelkerne und die höheren Kortikalen Funktionen einschließlich der Spiegelneurone oder Entwicklungs- bzw. Bindungstheorien). Aber letztlich erklärt sich das therapeutische Handeln nicht aus der Forschung. Wissenschaftliche Theorien und Daten können benutzt werden um zu zeigen *was* wir tun, aber *warum* wir es tun, erklärt sich aus unseren persönlichen Erfahrungen mit unseren Patienten.

*Welche Rolle haben persönliche Lebenserfahrungen von dir bei der Entwicklung der ST?*

Eine dramatische! Der Knackpunkt war, als ich in der Zeit der Arbeit mit Dr. Beck selbst Probleme hatte. Ich ging zu einem sehr guten kognitiven Therapeuten, kam meinen Gefühlen von Einsamkeit und den Beziehungsproblemen aber nicht wirklich auf den Grund. Einer meiner Freunde, der jetzt auch Schematherapeut ist, erzählte mir von seinem tollen Gestalttherapeuten, der ihm wirklich weiterhelfe. Also ging ich da hin und nach 10 Gestalttherapiesitzungen hatte ich mehr über mich erfahren als in einem Jahr mit dem kognitiven Therapeuten. Dadurch erkannte ich, dass die meisten von uns untergründig Themen haben, die uns nicht bewusst sind. Wenn wir es mit Intimität oder Beziehungsproblemen zu tun haben, geht das sehr tief und die meisten von uns haben kein Bewusstsein, warum wir diese Probleme haben oder wie wir sie lösen könnten. Das ist meiner Meinung nach der Grund, warum die Kognitive Therapie bei charakterologischen Problemen nicht wirklich weiterkommt.

*Welche anderen Faktoren haben die Entwicklung der ST beeinflusst?*

Unter Veränderungsaspekten war ich mit der Gestalttherapie nicht zufrieden. Ein wichtiger Einfluss war das Buch „Cognitive processes and emotional disorder“ von Giudano und Liotti\*. Dieses Buch war für viele kognitive Therapeuten bedeutsam, die ihren Blickwinkel erweitern wollten. Das war ein theoretischer Aspekt, warum ich mich von der traditionellen KVT abwendete. Als ich mich in meiner Praxis niederließ hatte ich außerdem viele Langzeitpatienten, die nicht wegen Achse-1-Störungen kamen. Bei denen war die KVT viel weniger effektiv als ich das von Beck's Center kannte, wo wir fast nur depressive Patienten in Forschungsstudien sahen. Wenn sich die Therapieziel von der Symptomreduktion verlagern hin zur Verbesserung der Lebensqualität, Beziehungsverbesserung, grundlegenden Persönlichkeits- und Lebensveränderung, können wir mit KVT-Konzepten meiner Meinung nach diese tiefgehenden Probleme nicht verstehen und verändern.

*Was muss man also tun, um ein guter Schematherapeut zu werden?*

Ich kann dir sagen, wie ich die Therapeuten für mein Institut in New York auswähle. Ich suche nach Therapeuten, bei denen in den Workshops eine innere Resonanz entsteht, wenn sie meine Videos sehen. Sonst können sie vielleicht die ST als Technik lernen, aber sie werden meistens keine wirklich guten Schematherapeuten. Ich glaube, die Therapeuten müssen irgendwie selbst von der Schematherapie ergriffen werden.

ST verlangt ein hohes Maß von Abstraktionsfähigkeit, um die Muster und Lebensthemen identifizieren zu können. Der Therapeut darf sich nicht in Details verlieren und dabei den lebensüberspannenden Blick für das Ganze verlieren. So wie ein Detektiv müssen wir ganz verschiedene Puzzleteile in einen Rahmen einfügen können.

Flexibilität ist eine andere zentrale Eigenschaft. Ein Therapeut, der einen starren, strukturierten, vorhersagbaren Ablauf braucht und gerne einem vorgezeichneten Weg folgt, ist eher nicht der beste Kandidat, um Schematherapeut zu werden. Ein Schematherapeut muss sich dauernd flexibel dem sich ändernden Verhalten der Patienten anpassen können.

Essentiell ist außerdem eine außergewöhnlich gute Beziehungsfähigkeit. Wärme und Fürsorge müssen nicht nur vorhanden sein, sondern auch aktiv ausgedrückt werden

können, um eine nachbeelternde Bindung aufbauen zu können. Zuletzt ist ein guter Zugang zu den eigenen Gefühlen wichtig.

*Wie wichtig sind Berührungen in der Schematherapie?*

Ich berühre Patienten nur selten. Es ist also keine essentielle, aber eine mögliche Option in der Therapie. Wenn ich nicht bereit wäre, Patienten, die in der Kindheit sehr stark depriviert wurden und die ich anders nicht erreichen kann, zu halten, hätten die sich nie genug auf eine Therapie eingelassen um sich zu verbessern.

Wichtig ist, ob die Therapeuten grundsätzlich bereit sind, Patienten in bestimmten Situationen zu berühren. Wenn sie sich das nicht zutrauen, könnte das ein Zeichen sein, dass sie auch allgemein Probleme mit Nähe haben und dem Zeigen ihrer Gefühle. Die Bereitschaft, Patienten auch zu halten ist ein wichtiges Merkmal, aber keine Voraussetzung.

*Unter welchen Bedingungen kann ein psychodynamisch ausgebildeter Therapeut ein lizenzierter Schematherapeut werden?*

Jeder der zu uns ins Training kommt muss das Gefühl haben, dass das, was er bisher getan hat, irgendwie nicht ausreichend funktioniert. Wir haben gerade ein oder zwei ausgebildete Psychoanalytiker in unserem Trainingsprogramm. Ich denke, die Grundvoraussetzung ist, dass sie unzufrieden mit der Psychoanalyse waren und aktiver und veränderungsorientierter werden wollten.

Ein anderer Punkt ist der Willen, den Patienten näher zu kommen. Im Konzept der Neutralität drückt sich das Bedürfnis nach Distanz zum Patienten aus und viele wählen die Psychoanalyse gerade aus diesem Grund. Ideal ist also, wenn in einem Analytiker durch Wunsch nach mehr Nähe zum Patienten entsteht und er sich durch das Neutralitätskonzept eingeengt fühlt. Für ihn wird die ST wie eine Prise frischer Luft sein, die ihm erlaubt, so zu arbeiten, wie er immer wollte. Diese Analytiker können tatsächlich ausgezeichnete Schematherapeuten werden, auch ohne vorheriges KVT-Training. Ich möchte betonen, dass ein KVT-Hintergrund ein großer Vorteil ist, aber andererseits sind kognitive Therapeuten oft nicht daran gewöhnt, auf untergründige Themen, Lebensgeschichten und Entwicklungsmuster zu achten. Es ist für Analytiker sicher schwerer zu wechseln, aber es ist definitiv möglich.

*Wie zufrieden bist du mit der aktuellen Entwicklung der ST?*

Ich bin viel zufriedener als vor 5 Jahren! Besonders in Europa macht die Akzeptanz der ST große Fortschritte, auch wenn sie (außer in Holland) noch keine „Mainstream“-Therapie ist. Aber es ist sehr ermutigend für mich, dass in vielen Ländern immer mehr Therapeuten daran interessiert sind, ST zu lernen.

Am enttäuschendsten ist die Situation in den USA, wo die KVT-Szene immer noch sehr Achse-1-orientiert ist. Aber das Desinteresse unter den kognitiven Therapeuten, sich tiefer auf Patienten einzulassen und der Focus auf störungsspezifische Kurzzeittherapien bleibt ein Riesenhindernis gegenüber einer breiteren Anerkennung der ST.

*Manche kognitive Therapeuten scheine Probleme mit dem Modusmodell und Begriffen wie „Verletzbares Kind“ zu haben. Wie gehst du damit um und warum benutzt du diese Terminologie?*

Es gibt eine umfangreiche Literatur über verschiedene Selbstzustände (d.h. dass wir uns zu verschiedenen Zeiten unterschiedlich verhalten und sich die emotionalen Zustände dauernd ändern). Wenn die Menschen das Konzept verschiedener Zustände und Modi erst einmal akzeptiert haben, kommt die Frage: „Wie nennen wir diese Zustände?“ Wenn wir die primären emotionalen Zustände anschauen z.B. wenn wir traurig sind und weinen, reagieren wir bekanntermaßen mit unseren primitiven Gehirnregionen, dem „Kind“-Teil. Wenn jemand das Wort „kindhaft“ nicht mag, könnte er oder sie auch „primitiv“ oder „alt“ sagen. Ich nenne diese Art zu reagieren „Kind“-Modus, weil er nicht zu unserem komplexeren, erwachsenen Funktionsniveau gehört. Diese Gefühle und Emotionen, wegen derer die Patienten in Therapie kommen, sind bereits in der Kindheit angelegt worden und ändern sich üblicherweise nicht ohne Therapie. Wir reagieren dann immer noch so wie als Kind. Ich denke die Leute müssen akzeptieren, dass der emotionale Teil von uns in sehr früh angelegten neuronalen Netzwerken wurzelt, die sich selbst aufrechterhalten und auch später nur schwer verändert werden können.

Eine Bezeichnung wie „Verletzbares Kind“ hilft den Patienten die Idee der in der Kindheit angelegten, tief verwurzelten Emotionen besser zu verstehen, besser als der Begriff „Grundannahme“, der in seiner Konnotation weniger emotional und entwicklungsorientiert ist. Ich habe hart daran gearbeitet eine Sprache zu finden, die Gefühle vermittelt und in den Patienten Resonanz erzeugt. Manche Therapeuten

bevorzugen kognitive oder akademisch klingendere Termini. Ich glaube aber nicht, dass intellektuelle oder abstrakte Begriffe annähernd so kräftig wirken, wenn wir diese emotionalen Konzepte an die Patienten herantragen wollen.

*Es gibt einen starken Trend, primär mit den Modi zu arbeiten. Wie wichtig ist das alte Schemamodell?*

Ich denke, dass es ein großer Fehler wäre, wenn Therapeuten nur noch auf die Modi und nicht mehr auf die 18 Schemata achten würden. Wenn du mit weniger gestörten Patienten als Borderlinern arbeitest, kannst du die Nuancen der Patientenprobleme nicht vermitteln, ohne deren spezifische Schemata zu kennen. Selbst wenn ich gegenüber den Patienten den Begriff „Schema“ gar nicht verwende ist es für mich selbst unerlässlich, deren Schemata und Ursprünge zu kennen. Bei gutfunktionierenden Patienten können 2 oder 3 Schemata ausreichen, deren Probleme zu verstehen. So kann z.B. das Wissen um ein Schema „Unerbittliche Ansprüche“ dem Patienten helfen, ganz bestimmte Lebenssituationen besser in Worte fassen und verstehen zu können.

Das Modusmodell ist viel umfassender und weniger spezifisch. Es ist prima für Borderline- oder forensische Patienten, die oft so viele Schemata haben. Mein Ideal wäre, dass wir für die schwerer gestörten Patienten das Modusmodell benutzen und für die anderen Patienten ein „gemischtes“ Modell, in dem wir die einzelnen Schemata mit spezifischen Modi verbinden.

*Welche Patienten profitieren von einer Schematherapie?*

Ich denke dass jeder Patient, bei dem zumindest bei einem Teil seiner Probleme die Ursachen in der Kindheit liegen und bei dem die aktuellen Probleme mit wiederholt auftretenden, negativen Lebensmustern zusammen hängen, von einer ST profitiert. Aus meiner Sicht trifft das bei mindestens 90 % der Patienten zu, die wir in unserem Zentrum sehen. Es hängt sicher von der Klientel ab, die man behandelt, aber meiner Erfahrung nach kommen nur sehr wenige Patienten mit einer reinen Achse-1-Störung.

*Hast du eine persönliche Botschaft für Schematherapeuten in Ausbildung?*

Erstens finde ich es aufregend und stimulierend, jeden neuen Patienten als eine einmalige Herausforderung zu betrachten, nicht als eine Diagnose oder Störung oder

jemand, der in unseren vorgeschriebenen Therapieablauf zu passen hat. Zweitens musst du wirklich sehr hart arbeiten und flexibel verschiedene Strategien einsetzen, um die Patienten in Veränderungsprozesse „hinein zu schubsen“. Gib´ nicht auf und lasse die Dinge laufen! Und drittens verliere nie die therapeutische Beziehung aus den Augen, denn ohne eine gute Beziehung wird keine Schematherapie laufen, egal was du sonst noch machst.

*Jeff, ich möchte dir für dieses Interview danken!*

### **Zitierte Literatur :**

Barlow, D. & Durand, M (2002). *Abnormal Psychology: An integrative Approach* (3. ed). Belmont CA: Wadsworth.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

Ellis, A. (2008). *Grundlagen und Methoden der rational-emotiven Verhaltenstherapie*  
Stuttgart: Klett-Cotta.

Guidano, V. F., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorder: A structural approach to psychotherapy*. New York, NY: The Guilford Press.

Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. Norton, New York.