

DIE RÜCKBESINNUNG AUF WISSENSCHAFTLICHE GRUNDLAGEN ALS BASIS FÜR DIE WEITERENTWICKLUNG DER SCHEMATHERAPIE

FLORIAN HUG

Eigene Praxis, Zürich

ZUSAMMENFASSUNG: In diesem Artikel wird zunächst das Grundlagenmodell der Schematherapie mit den zentralen Interventionsmöglichkeiten erklärt und in den aktuellen Forschungskontext eingeordnet. Sodann wird ein schematherapeutischer Verlauf exemplarisch aufgezeigt, wobei insbesondere ein Beispiel einer empathischen Konfrontation transkribiert ist. Im Folgenden werden notwendige wissenschaftliche Grundlagen für Konzeption und Durchführung einer Schematherapie beschrieben. Hierzu wird ein Beispiel aufgeführt, wie Schematherapie in der Praxis von nicht hinreichend ausgebildeten Berufsleuten verfälscht und entsprechend mangelhaft angewendet wird. Im Weiteren werden verhaltenstherapeutische, horizontale und vertikale Analyse-Instrumente beschrieben, welche das schematherapeutische Verständnis verbessern. So kann mit einer Plananalyse die Funktion eines Bewältigungsmodus besser verstanden werden. Zuletzt werden die Notwendigkeit der Selbsterfahrung als Basis für non-suggestives und wissenschaftliches Vorgehen seitens der Therapierenden sowie Möglichkeiten der dimensionalen Weiterentwicklung der Schematherapie skizziert.

SCHLÜSSELWÖRTER: Schematherapie, Grundlagen, exemplarischer Verlauf, Weiterentwicklung der Schematherapie

RETURNING TO SCIENTIFIC PRINCIPLES AS FOUNDATION FOR THE FUTURE DEVELOPMENTS OF SCHEMA THERAPY

ABSTRACT: This article first explains the basic model of schema therapy with its core intervention options, embedded into the context of current research. Next, a schema therapy case example is described focussing empathic confrontation, followed by the requirements how to apply the scientific foundation of schema therapy making it safe for the clients – in contradiction to a case vignette showing the opposite. In the next step the article shows how embedding schema therapy into essential techniques of Cognitive-behavior Therapy (e.g. a ‘Plananalyse’) overcomes the risk of applying schema therapy in a simplified, superficial way but working precisely and in an individualized manner. Finally, the necessity of therapist’s self-reflection and eventually self-therapy as a basis for a non-suggestive and scientific approach will be outlined, as well as possibilities for the dimensional further development of schema therapy.

KEYWORDS: schema therapy, scientific background, case example, developmental potential of schema therapy

1 WOFÜR DIE SCHEMATHERAPIE EIGENTLICH STEHT

Die Schematherapie (ST) ist eine von Jeffrey Young begründete Weiterentwicklung innerhalb der Verhaltenstherapie. Jeffrey Young arbeitete zunächst für Aaron Beck als kognitiver Therapeut und stellte fest, dass er mit dieser klassischen Methodik Menschen mit Persönlichkeitsstörungen und komplexeren Krankheitsbildern (z. B. Traumafolgestörungen, Generalisierte Angststörungen) nicht hinreichend behandeln konnte. So entwickelte er ein semistrukturiertes Vorgehen, indem die biographischen Erfahrungen, darin die dauerhafte und/oder wiederholte Verletzung von menschlichen Grundbedürfnissen und damit die Verinnerlichung von Schemata exploriert werden (Young, Klosko & Weishaar, 2005). Auf der Grundlage dieser Schemata werden dann die damit verbundenen objektivierbaren Erlebenszustände, insbesondere emotionale Reaktionen erkundet. Hierzu entwickelte Jeffrey Young das Modusmodell, welches versucht, die verschiedenen Qualitäten dieser Erlebenszustände im Sinne einer Komplexitätsreduktion darzustellen. Dies soll einer Person in Therapie ermöglichen, im Sinne eines Persönlichkeitsfunktionskonzepts einen Überblick über das eigene psychische Funktionieren zu erlangen.

Zur Bearbeitung von Schemata und Modi bedient sich die ST verschiedener Techniken, im Besonderen intensivierte Beziehungsinterventionen (limited reparenting) und erlebnisbasierte Techniken (Imagination und Stuhlarbeit).

Auch für diese Techniken stehen klare Leitlinien der Durchführung bereit (z. B.

Arntz, 2011). *Limited reparenting* (begrenzte elterliche Fürsorge) wird z. B. explizit nicht verstanden als Methode des „Lieb-und-Nett-Seins“, sondern richtet sich komplementär auf verpasste Erfahrungen der Erfüllung von Grundbedürfnissen aus und beinhaltet auch Aspekte wie Grenzsetzen und empathisches Konfrontieren. In der Öffentlichkeit wird die „Nachbeelterung“ häufig als der Kern der ST wahrgenommen. Tatsächlich gibt es diese Akzentuierung auch unter vielen Therapeutinnen und Therapeuten. Darauf wird in diesem Beitrag weiter unten eingegangen (siehe auch den Beitrag von Yvonne Reusch und Gitta Jacob in diesem Heft). Tatsächlich muss für eine gelungene ST die „Nachbeelterung“ mit einer „Empathischen Konfrontation“ ausbalanciert werden, um die Behandelten in der letzten Therapiephase einfacher in die Autonomie zu begleiten (Jacob & Arntz, 2015).

Die ST wird heute als emotionsfokussierte Therapiemethode innerhalb der Verhaltenstherapie eingeordnet. Sie stellt eine praktische Anwendung eines erweiterten Schema- und Modusbegriffes dar. Sowohl der Schema- wie auch der Modusbegriff sind im deutschsprachigen Raum in der psychologischen Grundlagenforschung hinreichend erforscht. Bereits Klaus Grawe (1998) konzipierte Schemata als Neuronale Bereitschaften (NEB). Die Modi können als neuronale Erregungsmuster (NEM), d. h. beobachtbare und spürbare kognitive, emotionale, körperliche und handlungsimpulsierende Reaktionen auf eine Schemaaktivierung verstanden werden.

1.1

AKTUELLER STAND DER FORSCHUNG

Inzwischen wurden über 100 (davon 30 randomisierte, kontrollierte) Studien durchgeführt, die auf eine gute Wirksamkeit der ST hinweisen (Übersicht bei van Dijk, Veenstra, van den Brink, van Alphen & Oude, 2023). Nach der ersten Studie, die ST mit der Übertragungsfokussierten Therapie mit bis zu 200 Sitzungen langen Behandlungen verglich (Giesen-Bloo et al., 2006), konnte in einer naturalistischen Implementierungsstudie (Nadort et al., 2009) gezeigt werden, dass auch mit einem Kontingent von etwa 70 Sitzungen starke Effekte (1.55 – alle Effektstärken als Cohens d) erreicht werden konnten. Dies zeigt, dass auch im Rahmen eines Richtlinienverfahrens eine schematherapeutisch-erweiterte Behandlung wirksam ist. In der Folgezeit hat die ST in der ambulanten Behandlung von Menschen mit einer Borderlinestörung einen festen Platz gefunden und wird zu den „big four“ gezählt. Das gilt sowohl für die Einzeltherapie als auch für kombinierte Gruppen- und Einzeltherapie.

In der größten bisher durchgeführten Gruppentherapiestudie mit 495 Teilnehmerinnen war die kombinierte Therapie dem TAU mit $d = 1.14$ überlegen (Arntz et al., 2022). In dem kombinierten Setting konnten mit ST im Vergleich zur Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT) bei sehr belasteten Menschen mit Selbstverletzung und ca. vier komorbiden Diagnosen ähnlich gute Effekte erzielt werden (PRO*BPD-Studie; Assmann et al., 2024). Die gute Akzeptanz der ST seitens der Patienten zeigt sich in vergleichsweise niedrigen Abbruchquoten im Vergleich von Metaanalysen verschiedener Therapieschulen bei der Behandlung von Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (Arntz et al., 2023). Zur Unterstützung der Therapie gibt es inzwi-

schen ein in einem RCT erfolgreich evaluiertes Online-Programm (PRIOVI; Klein et al. 2021), das von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet wird.

Die ST ist jedoch kein Borderline-spezifisches Vorgehen, sondern zeigte in einem RCT auch bei anderen Persönlichkeitsstörungen, insbesondere aus dem Bereich des sogenannten Cluster C des DSM, mit einer mittleren Effektstärke von 1.76 gute Ergebnisse (Bamelis, Evers, Spinhoven & Arntz, 2014). Multiple-Baseline-Studien konnten in den letzten Jahren auch eine Wirksamkeit bei Persönlichkeitsstörungen mit komorbider Autismus-Spektrum-Störung zeigen (Vuijk, Deen, Geurts & Arntz, 2023) sowie mit komorbider Alkoholabhängigkeit (Boog, Goudriaan, Wetering, Franken & Arntz, 2023). Im Bereich der Forensik besserten sich die mit ST behandelten Patienten und konnten früher in den offenen Vollzug verlegt werden (Bernstein et al., 2023). In der Behandlung chronischer Depressionen zeigten sich KVT und ST etwa gleich wirksam (Carter, McIntosh, Jordan, Porter, Frampton & Joyce, 2013; Kopf-Beck et al. 2024). Peeters, van Passel & Krans (2022) sehen in einem Review mit sechs eingeschlossenen Studien ST als vielversprechend in der Behandlung von Angst-, Zwangs- und posttraumatischen Belastungsstörungen an. Auch im Bereich der Essstörung gibt es erste Studien, z. B. einen RCT mit ST und KVT-Interventionen, die gleich erfolgreich waren (McIntosh et al., 2016).

Die in der ST insbesondere von Arnoud Arntz (z. B. 2011) ausdifferenzierte Technik des *imagery rescripting* zeigt darüber hinaus auch als *stand alone treatment* bei komplex Traumatisierten starke Effekte (Raabe, Ehring, Marquonie, Arntz & Kindt, 2022), die vergleichbar mit dem EMDR sind; bei Vorliegen einer komorbiden Depression sogar etwas bessere (Botterhoven de Haan et al., 2020). Auf einige

weitere, in Publikation befindliche Studien wird in den Beiträgen dieses Heftes hingewiesen.

1.2

WAS MACHT EINE SCHEMATHERAPIE AUS?

Im Folgenden wird zur Veranschaulichung ein den Richtlinien der ISST (International Society for Schematherapy) entsprechender Therapieverlauf beschrieben. Dabei wird eine Therapiesituation geschildert, die vielen ST-Anwendenden schwerfällt, nämlich die sogenannte Empathische Konfrontation. Auf diese Problematik wird später genauer eingegangen.

SCHEMATHERAPEUTISCHES FALLBEISPIEL: ANNA

Eine 40-jährige Patientin wird vom Hausarzt mit einer Zwangsstörung angemeldet.

Die Zwangsstörung kann diagnostisch bestätigt werden, allerdings fällt auch ein unterwürfiges und abhängiges Verhalten auf, mit wiederholten Entschuldigungen für anscheinende Verfehlungen gegenüber mir als Therapeuten, z. B. zu viel geredet oder sich nicht genügend verabschiedet zu haben.

Die Erhebung der Biografie zeigt seinen schweren emotionalen Missbrauch durch Personen innerhalb der Familie mit sadistischen und beschämenden Reaktionen gegenüber der Patientin.

In den explorativen, non-suggestiven Imaginationen werden entsprechende Szenen sichtbar, insbesondere Szenen in welchen die primären Bezugspersonen dem Kind sagen, wie „böse und störend“ es sei. Schemata wie emotionaler Missbrauch, Bestrafung und Unterordnung werden salient. Die heute noch vorhandenen Zwangshandlungen (kontrollieren, ordnen, putzen) können als über-

kompensatorische Überlebensstrategie ins Modusmodell eingeordnet werden, ebenso das unterwürfige und abhängige Suchen nach Bestätigung als Überlebensstrategie der Unterwerfung. Diese traumatisierenden Szenen können in der Therapie mit der Methode des imaginativen Rescriptings bearbeitet werden. Die primären Bezugspersonen werden in dem Bild konfrontiert und in ihrem Fehlverhalten begrenzt. Die Patientin übernimmt im Lauf der Phasen der ST das Konfrontieren und Begrenzen dieser verinnerlichten Primärbezugspersonen und beschützt die verletzbare, verängstigte und zurückgewiesene Seite des verletzbaren Kindes. Dadurch kann sie den Einfluss des Modus der verinnerlichten sadistischen und strafenden primären Bezugspersonen eindämmen. In der Therapie wird zudem das unterwürfige Verhalten empathisch konfrontiert, da dieses Muster auch in der Therapiebeziehung zwischen Patientin und Therapeut auftaucht. Hier folgt ein Transkript dieser empathischen Konfrontation:

Referent: „Anna, mir fällt auf, dass du dich öfters entschuldigst, z. B. du hättest zu viel gesprochen. Dann ziehst du deinen Oberkörper ein und dein Kopf reckt sich von unten nach oben, als ob du mich anflehen würdest. Darf ich es dir zeigen?“

Anna: „Ja, bitte.“

Der Referent spiegelt das Verhalten gestisch.

Anna: „Das wirkt ja schlimm, so möchte ich nicht sein!“

Referent: „Ja genau! Weißt du, wenn du das machst, dann wirkt dies für mich so, als würdest du alles zulassen, z. B. auch, dass ich dich bestrafe oder verurteile, als würdest du um meine Gunst flehen.“

Anna: „Oje!“

Referent: „Ich beobachte hier deinen Modus, der sich unterwirft und um Lie-

be fleht – also deine unterwürfige Seite. Erinnerst du dich ans Modusmodell, dort hatten wir den Teil auch schon als einen deiner Bewältigungsmodi erkannt.“

Anna: „Ja, genau, ich erinnere mich.“

Referent: „Anna, ich kann sehr gut nachvollziehen, dass du diese unterwürfige Beschützerin in dir entwickelt hast, als du damals deinen sadistischen Verwandten ausgesetzt warst und froh sein musstest, wenn sie dich akzeptierten.“

Anna: „Ja das stimmt eigentlich ..., jetzt sehe ich den Zusammenhang!“

Referent: „Genau, früher hat das unterwürfige Kuschen vor deinen Verwandten Sinn gemacht. Heute aber – auch in unserer Beziehung – wirkt dieser Schutz unnötig, störend, er löst in mir einerseits Ärger aus, aber v. a. auch Trauer, dass du dich in diesem unterwürfigen Teil so erniedrigen musst. Das möchte ich nämlich nicht, und deshalb auch mein Ärger.“

Anna: „Verstehe...“

Referent: „Langfristig könnte dieser Teil bewirken, dass Menschen dich entweder erneut dominieren oder aber von dir Abstand halten. Das finde ich auch sehr schlimm, und deshalb mache ich dich auf diesen unterwürfigen Modus aufmerksam. Ist das für dich nachvollziehbar?“

Anna: „Ja, ich falle ja immer wieder in dieses Entschuldigen und ‚Kriechen‘ ...“

Referent: „Super, dass du es bei dir beobachten und spüren kannst, das ist schon die halbe Miete! Wäre es für dich o.k., wenn wir diesen Modus in den Sitzungen immer gut im Auge behalten, mit dem Ziel, diese alte Überlebensstrategie über Bord zu werfen?“

Anna: „Ja, sehr gerne!“

Dieses unterwürfige Schutzverhalten kann, wie im Transkript aufgezeigt, in den biographischen Kontext eingeordnet und verstanden, damit auch besser bearbeitet werden. Insbesondere Stuhlarbeit hilft,

dass die Patientin erkennt, in welchem Teil sie sich im Hier und Jetzt gerade befindet: strafende und sadistische verinnerlichte Bezugspersonen, verängstigtes Mädchen, unterwürfige Schutzseite, zwanghafte Kompensationsseite. So können die beiden Bewältigungsstrategien auch durch Verhaltensexperimente reduziert werden. Die verletzbare Seite (das verängstigte Mädchen) wird nicht nur konzipiert, sondern besser gespürt und kann durch die erwachsene Seite der Patientin (mütterliche, autonome und vitale Seite) gestützt werden. Eine störungsspezifische Intervention hinsichtlich Kontroll-Zwangs mit Exposition und Reaktionsverhinderung ergänzt dieses Vorgehen. Die dependenten Verhaltensweisen können durch empathisches Konfrontieren und Üben alternativer Verhaltensweisen reduziert werden. Die Gesamtbefindlichkeit verbessert sich nachweislich. Nach gut zwei Jahren kann die Therapie beendet werden.

2

NOTWENDIGE GRUNDLAGEN ALS BASIS FÜR EIN SCHEMATHERAPEUTISCHES VORGEHEN

Die lege-artis-Anwendung von ST braucht daher sowohl ein wissenschaftliches Studium der klinischen Psychologie, Psychotherapie und Psychopathologie, das sowohl eine kritische Grundhaltung zum eigenen Vorgehen (inklusive Selbsterfahrung in Form von Kenntnissen der eigenen Schemata) als auch psychologische Grundlagen, Theorie und Praxis in der Forschung und Statistik, Neuropsychologie, biologische Grundlagen, Diagnostik, Psychopathologie, Grundlagenwissen zu verschiedensten psychischen und psychiatrischen Erkrankungen vermittelt. Dieses Gesamtwissen schafft die Basis für die spätere Praxis. Dieses ermöglicht es auch, die Theorie und Praxis

der ST besser zu verstehen und sachgerecht-selbstkritisch anzuwenden, um die hohe emotionale Nähe, die in der Therapie entsteht, wirklich zum Besten der behandelten Menschen anzuwenden und nicht zu missbrauchen.

Ist das Wissen nicht vorhanden, besteht die Gefahr, dass Schritte eines professionellen Vorgehens übersprungen werden. Insofern, wenn Aspekte der ST herausgepickt und in einer unzulässig vereinfachenden, plakativen, oberflächlichen Weise verfälscht eingesetzt werden.

FALLBEISPIEL SIMONE

Behandlung des „inneren Kindes“ ohne jeglichen wissenschaftlichen Hintergrund. Neubeginn Psychotherapie und erfolgreicher Abschluss

Simone meldet sich aufgrund von langanhaltender Traurigkeit und wiederholten deprimierten Phasen mit Antriebsstörungen und Rückzug bei einer nicht eidg. anerkannten „Therapeutin“, welche sich Psychologische Beraterin, Coach und „Schematherapeutin“ nennt. Diese animiert die Klientin, das „innere Kind“ zu suchen, um ihm „ein Zuhause zu geben“. Dabei soll die Patientin am Boden liegend und mit einem Tuch bedeckt das „innere Kind“ in Form eines Plüschtieres halten.

Nach einigen Sitzungen bricht die Klientin das Coaching ab und meldet sich beim Referenten. Die genauere Diagnostik inkl. Abklärung beim Hausarzt ergibt einen massiven Eisenmangel. Aus einer eingeleiteten neuropsychologischen Untersuchung nach Exploration und Erhebung von Psychostatus bestätigt sich ein bisher nicht erkanntes ADS. Die biographische Anamnese zeigt vor allem schulische Schwierigkeiten und Probleme der Unaufmerksamkeit. Die Therapie orientiert sich somit somatisch auf die Eisen-substitution und störungsspezifisch (mit

unter medikamentös) auf das ADS. Da die Patientin keine tief verankerten maladaptiven Schemata und negativen Grundannahmen aufweist, wird auf ein schematherapeutisches Vorgehen verzichtet. Die depressive und traurige Grundstimmung verbessert sich durch die medikamentöse Therapie, ein Arbeit-spezifisches Coaching unterstützt die Patientin bei den exekutiven Funktionen. Die Therapie kann nach fünf Monaten beendet werden.

Dieses Beispiel zeigt, dass neuropsychologisches Wissen, eine gründliche Diagnostik und Flexibilität im therapeutischen Vorgehen ein Schlüssel für Fallkonzeption und Therapieplanung und therapeutischen Erfolg sind. Somit kann ST dort eingesetzt werden, wo sie auch indiziert ist. Ebenso zeigt sich an dem Beispiel, dass der Miteinbezug anderer Fachrichtungen (z. B. somatische Medizin, Psychiatrie, Neuropsychologie) in einer Psychotherapie/Schematherapie oft notwendig sind. Eine Therapeutin muss in der Lage sein, einzuschätzen, wann der Miteinbezug von anderen Fachpersonen notwendig ist. Diese Befähigung wird nur durch ein fundiertes Studium erreicht.

2.1

WIE SPEZIFISCHE PSYCHOLOGISCHE GRUNDLAGEN

DAS SCHEMATHERAPEUTISCHE VORGEHEN DIFFERENZIEREN:

DAS BEISPIEL DER PLANANALYSE

Innerhalb eines psychologischen Studiums mit Schwerpunkt Psychotherapie werden in der Schweiz auch andere Methoden gelehrt. Beispiel dafür sind das Erlernen von Verhaltensanalysen (horizontale Analyse) und Plananalysen (vertikale Analyse). Im Folgenden soll gezeigt werden, wie die in der Verhaltenstherapie eingesetzte Plananalyse mit einem schematherapeutischen Vorgehen

in einer sehr präzise vorgehenden Weise verbunden werden kann. Eben nicht plakatschematisch, sondern individuellkleinschrittig vorgehend.

Die Plananalyse (Caspar, 2018) ist eine Methodik des Erschließens innerer Motive eines Menschen. Dabei werden sogenannte Mittel zu einem Ziel eruiert (Unterpläne), welche dann mikroanalytisch mit konkreten Verhaltensweisen erläutert werden. Die Unterpläne werden vertikal nach oben geführt, wobei die aufbauenden Oberpläne hinsichtlich Annäherung (Annäherungsmotiv) oder Vermeidung (Vermeidungsmotiv) untersucht werden. In den obersten Plänen zeigt sich dann, welches menschliche Grundbedürfnis mit dem inneren Motiv zur Befriedigung gebracht werden will.

Pläne werden durch verschiedene Kanäle erschlossen: durch introspektive Aussagen einer Person, durch Interpretation nonverbalen Verhaltens, vom verbalen Bericht einer Person, aus Verhaltensbeobachtungen und von Emotionen seitens der Therapeutin.

PLANANALYTISCHES BEISPIEL: ANNA

Untersucht wird hier die dependente Seite der oben bereits vorgestellten Patien-

tin. Der Vorteil der Plananalyse ist, dass diese das innere Motiv dieser sich unterwerfenden Seite der Patientin genauer beschreibt. Vergleicht man diesen Plan mit der klassischen schematherapeutischen Bezeichnung, welche z. B. „unterwürfige Beschützerin“ genannt wird, wird deutlich, dass verständlich wird, wozu dieser Plan oder dieser Schutzmodus steht. Ohne plananalytisches Vorgehen laufen wir bei reinem Benennen eines Anteils (Modus) in Gefahr, ungenau zu sein und dabei die Funktion des Modus nicht zu verstehen.

Eine vollständige Plananalyse entdeckt beispielsweise auch Motive der „Gesunden Erwachsenen“, wie in Abbildung 1 zu sehen ist.

In diesem Sinne unterstützt plananalytisches Wissen eine therapeutisch arbeitende Person darin, ein differenziertes Modusmodell zu entwickeln, welches aussagekräftig hinsichtlich der Motive einer Person ist. Es setzt bei dem konkret beobachtbaren Verhalten an und „arbeitet“ sich dann systematisch schrittweise zu übergeordneten Grundannahmen und Motiven „hoch“. Damit können generalisierende, symbolisierende Plattitüden mit nicht spezifizierten Überbegriffen wie

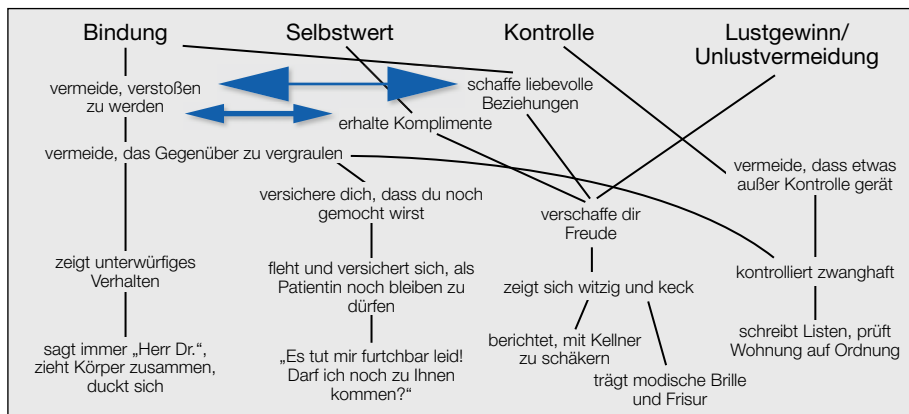


Abbildung 1

„der innere Kritiker“, „das innere Kind“, „der Vermeider“ vermieden werden.

Die Kombination von ST mit plananalytischem Wissen ermöglicht es, innere Motive zu verstehen, sie aber sodann für Patienten mittels dem Modusmodell verständlich darzustellen, gestalttherapeutisch aufzuarbeiten und erlebnisbasiert mittels schematherapeutischer Techniken zu bearbeiten. Dadurch gelingt eine emotionsfokussierte Psychotherapie mit fundierter, plananalytischer Basis.

3 DIE BEDEUTUNG DER SELBSTERFAHRUNG FÜR DIE ANWENDUNG DER SCHEMATHERAPIE

Die oben genannten psychologischen und verhaltenstherapeutischen Grundlagen müssen zunächst erlernt und verinnerlicht werden. Wie bei der Musik geht es zunächst die Tonleitern „rauf und runter“ zu erlernen. Dies geschieht in den Verhaltenstherapeutischen Psychotherapieinstituten innerhalb der postgradualen Lehrgänge. Es werden Fallkonzeptionen und darauf aufbauend Therapiepläne erstellt und Therapien werden supervisoriell begleitet und evaluiert. Dabei spielt die Wahrnehmung der eigenen emotionalen Aktivierung auf Seite der Therapierenden eine große Rolle (Roediger & Valente, 2025).

Warum ergreift jemand den Beruf der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten? Dafür gibt es verschiedene Gründe, aber in manchen Fällen spielen eigene Schemata und deren Kompensation eine erhebliche Rolle. Sowohl in älteren Studien (Leahy, 2001) als auch neueren Untersuchungen (Saddichha, Kumar & Pradhan, 2012) zeigen sich bei den meisten eines oder mehrere Schemata, die auf eine Frustration des Bindungsbe-

dürfnisses hinweisen, wie z. B. emotionale Vernachlässigung, Verlassenheit, soziale Isolation oder auch Missbrauch. Das ist sozusagen die „Wunde“ auf der emotionalen Ebene, die in der Nähe der therapeutischen Beziehung eine „Heilung“ finden kann. Außerdem haben (fast) alle hohe Werte bei dem Schema „Unerbittliche Ansprüche“ (als Ausdruck der internalisierten Werte der Bezugspersonen) sowie „Aufopferung“ als Versuch, den verinnerlichten Ansprüchen zu genügen. Das Risiko dabei ist, dass Therapierende dadurch in ihrer Selbstwertregulation vom Erfolg der Therapie abhängig werden können, was Wolfgang Schmidbauer schon 1977 in seinem Buch *„Die hilflosen Helfer“* sehr anschaulich ausführte. Dann sind Situationen in der Therapie, in denen die Patienten Ärger auf die Behandler entwickeln, bedrohlich und könnten vermieden werden zugunsten eines zu unterordnenden, konfliktvermeidenden Vorgehens, das dann durch den „Nachbeelterungsbedarf“ bei den Patienten legitimiert wird. Durch die ausbleibende, entwicklungsfördernde empathische Konfrontation können jedoch Therapieprozesse unnötig verlängert werden oder gar stagnieren (siehe auch den Beitrag von Yvonne Reusch und Gitta Jacob in diesem Heft). Das liegt jedoch weder im Interesse der Patienten noch des Versorgungssystems und damit der Solidargemeinschaft.

Grundsätzlich sind eigene „Wunden“ kein Hinderungsgrund, eine gute Therapeutin oder ein guter Therapeut zu werden, wie Carl Gustav Jung im Archetyp des „verwundeten Heilers“ beschrieb (Jaffé, 1971). Das setzt aber voraus, dass diese um ihre Schemata wissen und wie es sich anfühlt, wenn diese aktiviert werden. Daher spielt die Reflexion dieser Aktivierungen in der videobasierten Supervision eine große Rolle. Jeff Young wird nachgesagt, dass er den Anteil der Selbst-

erfahrung in der Supervision auf bis zu 50 Prozent einschätze (zitiert nach Roediger & Valente, 2025, S. 235).

Sind die Kernkompetenzen innerhalb eines Lehrganges erst einmal gründlich erlernt, können diese (jenseits eines manualisierten Vorgehens) individuell eingesetzt werden, womit die therapeutische Flexibilität und Kreativität (wie im Jazz, Improvisation) erhöht wird. Nun lohnt sich die Erweiterung des Wissens und Könnens.

Dabei zeigt sich, dass das Erlernen der ST als emotionsfokussierte Psychotherapie mit guten psychologischen Grundlagenmodellen sehr gut zum verhaltenstherapeutischen Grundwissen passt. Die schematherapeutische Zusatzkompetenz erhöht den therapeutischen Spielraum enorm, jedoch nur dann, wenn auch diese intensiv erlernt wird.

4 MÖGLICHKEITEN, DIE SCHEMATHERAPIE AUF DER BASIS SICHERER GRUNDLAGEN ZU ERWEITERN

Trotz ihres integrativen Charakters besitzt auch die ST selbst noch Potenzial sich weiterzuentwickeln. Dies kann am Modell der verschiedenen Perspektiven von Psychotherapie (Grawe, 1998) gut aufgezeigt werden.

4.1 BEISPIEL: PERSPEKTIVERWEITERUNGEN IN DER SCHEMATHERAPIE

Klaus Grawe (1998) hat in einer Übersicht verschiedene Therapieperspektiven aufgezeigt:

- Auf der Bewertungsdimension befinden sich Ressourcen- und Problem-perspektive.

- Auf der Systemdimension befinden sich die intra- und interpersonale Perspektive.
- Auf der Kommunikationsdimension (Funktionsmodus) befinden sich die implizite und inhaltliche Ebene.
- Auf der Bedeutungsdimension befinden sich die motivationale und potenzielle Perspektive.
- Auf der Veränderungsdimension befinden sich die Zustands- und die Veränderungsdimension.

Anhand dieser Übersicht sieht man, in welchen Dimensionen eine Therapierichtung operiert. Beispielsweise bewegt sich die ST in den Ebenen der Bewertungsdimension. Sie bedient die intrapsychische Systemebene sehr gut, bewegt sich dynamisch innerhalb der Kommunikationsdimension (implizit-nonverbal vs. bewusst-inhaltlich) und kann auch mit der Bedeutungsdimension umgehen. Auch Zustand vs. Veränderung sind Aspekte der ST. Die systemische Perspektive hingegen, d. h. interpersonal oder kontextuell, könnte aufgrund der Konzentration auf Bearbeitung von Schemata und Modi leicht verloren gehen. Die Praxis zeigt jedoch, dass gerade die intrapsychische Bearbeitung von Schemata und Motiven eine Auseinandersetzung im System (z. B. Paarebene, Familie, Freunde) begünstigt (siehe auch der Beitrag von Frank-Noyon & Roediger in diesem Heft).

4.2 BEISPIEL: ERWEITERUNG DER GRUNDBEDÜRFNISSE

Eine fundierte Psychotherapie entwickelt sich ständig weiter und wird beforscht. Innerhalb der ST gibt es breite Forschungszweige. So wurde zum Beispiel die bisherige Forschung bezüglich der Grundbedürfnisse weiterentwickelt, insbesondere durch die niederländische

Gruppe rund um Arnoud Arntz (Arntz et al., 2021). Dabei wurden z. B. Grundbedürfnisse nach Fairness oder Kohärenz herauskristallisiert. Obwohl es Debatten in Bezug auf die statistischen Trennschärfen der jeweiligen Faktorenanalysen gibt, erweitern die neuesten Entwicklungen unseren Blick und den Umgang mit den Grundbedürfnissen der Menschen in Therapie. Zum Beispiel kann anhand des Grundbedürfnisses nach Fairness die primäre Emotion Wut bei manchen Menschen viel besser verstanden und therapeutisch bearbeitet werden.

4.3

BEISPIEL:

DIE RESSOURCENPERSPEKTIVE

Die ST-Forschung hat ihre Sicht auf die „gesunde erwachsene Seite“ in den letzten Jahren mittels Forschung wesentlich erweitert. So wurde klar, dass neben den maladaptiven Schemata auch adaptive Schemata bestehen. Lange ging man davon aus, dass sich die adaptiven Schemata aus der „Umpolung“ der maladaptiven Schemata ergeben.

Die Forschung von John Louis (Louis, Wood, Lockwood, Ho & Ferguson, 2018) legt jedoch 14 adaptive Schemata nahe:

1. stabile Bindung,
2. emotionale Erfüllung,
3. soziale Zugehörigkeit,
4. emotionale Offenheit und Spontanität,
5. gesundes Selbstvertrauen,
6. Erfolgsgefühl,
7. gesunde Grenzen/entwickeltes Selbst,
8. Gesundheit und Sicherheitsgefühl Health/Optimismus,
9. gesundes Selbstinteresse/Selbstfürsorge,
10. realistische Erwartungen,
11. Self-Compassion,
12. Empathie-Perspektive,

13. Selbstbestimmtheit,

14. gesunde Selbstkontrolle/
Selbst-Disziplin.

Insofern wurde innerhalb des schematherapeutischen Prozesses der Aufbau der adaptiven Schemata implementiert, da davon ausgegangen wird, dass der Abbau maladaptiver Schemata (wie z. B. Unterwerfung) nicht automatisch adaptive Schemata generiert. Hierzu dienen imaginative Techniken (z. B. Zukunftsimaginationen, Körperimaginationen).

4.4

BEISPIEL:

PSYCHEDELIKA-ASSISTIERTE THERAPIE ZUR ERWEITERUNG DER IMPLIZITEN PERSPEKTIVE

Bei Psychedelika geht man davon aus, dass sie neben der direkten pharmakologischen Wirkung auch einen Erfahrungseffekt im Sinne einer fundamentalen Veränderung des Selbstkonzeptes bewirken, was einen eigenen Einfluss auf die klinische Symptomatik haben kann (Swanson, 2018). Dies ist für die ST besonders interessant, zumal erlebnisbasierte Interventionen, dabei v. a. das Imaginieren, durch dosierte Psychedelika-Gaben angereichert werden könnten. Durch die Vergabe der Psychedelika sollen hemmende kognitive Prozesse (z. B. das „Intellektualisieren“ bei einem offenen Gespräch) reduziert und die Wahrnehmung des Unterbewussten gefördert werden. Gleichzeitig geht man auch davon aus, dass emotionale Hemmung reduziert wird. So ist davon auszugehen, dass die Psychedelika-assistierte Therapie (PAT) schematherapeutisch Erarbeitetes aufnehmen und in Kombination mit Imaginationsarbeit die implizite Perspektive erweitern kann.

5

ZUSAMMENFASSUNG

Die wissenschaftliche Grundorientierung ist gerade in erweiterten Therapieformen wie ST eminent wichtig. Sie zeigt aber auch auf, dass diese „wissenschaftliche Mittung“ es ermöglicht, bisherige Therapietechniken zu erweitern und auch einschätzen zu können, welche Therapien hinreichend beforscht und fundiert sind. So lassen sich sowohl konzeptuelle Fehlentwicklungen als auch individuelle Fehlbehandlungen vermeiden und gleichzeitig erhöhen sich therapeutische Kompetenzen. Diese Haltung sollte jeder einzelnen psychotherapeutisch arbeitenden Person eigen sein, und sie sollte beispielsweise auch Kliniken helfen, evidenzbasierte Therapieverfahren (wie z. B. ST) auszuwählen und zu schulen. Die ST mit ihrem psychologischen Grundkonzept und der wissenschaftlichen Fundierung ist dabei gut aufgestellt, wenn sie nicht von zweifelhaften Disziplinen (wie z. B. nicht zertifizierten Beratenden) fragmentiert angewendet und somit missbraucht wird.

LITERATUR

- Arntz, A. (2011). Imagery rescripting for personality disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(4), 466–481.
- Arntz, A., Jacob, G. A., Lee, C. W., Brand-de Wilde, O. M., Fassbinder, E., Harper, R. P. et al. (2022). Effectiveness of predominantly group schema therapy and combined individual and group schema therapy for borderline personality disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 79(4), 287–299. doi:10.1001/jamapsychiatry.2022.0010
- Arntz, A., Mensink, K., Cox, W., Verhoef, R., van Emmerik, A., Rameckers, S. A. et al. (2023). Dropout from psychological treatment for borderline personality disorder: a multilevel survival meta-analysis. *Psychological Medicine*, 53, 668–686. doi:10.1017/S0033291722003634.
- Arntz, A., Rijkeboer, M., Chan, E., Fassbinder, E., Karaosmanoglu, A., Lee, C. W. & Panzeri, M. (2021). Towards a reformulated theory underlying schema therapy: Position paper of an international workgroup. *Cognitive Therapy and Research*, 45, 1007–1020. doi:10.1007/s10608-021-10209-5
- Assmann, N., Schaich, A., Arntz, A., Wagner, T., Herzog, P., Alvarez-Fischer, D. et al. (2024). The effectiveness of dialectical behavior therapy compared to schema therapy for borderline personality disorder: a randomized clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 93(4), 249–263. doi: 10.1159/000538404
- Bamelis, L., Evers, S., Spinhoven, P. & Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 171, 305–322.
- Bernstein, D., Keulen-de Vos, M., Clercx, M. et al. (2023). Schema therapy for violent PD offenders: a randomized clinical trial. *Psychological Medicine*, 53(1), 88–102.
- Boog, M., Goudriaan, A. E., Wetering, B., Franken, I. H. A. & Arntz, A. (2023). Schema therapy for patients with borderline personality disorder and comorbid alcohol dependency: A multiple-baseline case series design study. *Clin Psychol Psychother*, 30(2), 373–386.
- Boterhoven de Haan, K., Lee, C., Fassbinder, E., Van Es, S., Menninga, S., Meewisse, M. et al. (2020). Imagery rescripting and eye movement desensitisation and reprocessing as treatment for adults with post-traumatic stress disorder from childhood trauma: Randomized clinical trial. *British Journal of Psychiatry*, 217(5), 609–615. doi:10.1192/bjp.2020.158.

- Carter, J. D., McIntosh, V. V., Jordan, J., Porter, R. J., Frampton, C. M. & Joyce, P. R. (2013). Psychotherapy for depression: a randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. *J Affect Disord*, 151, 500–505.
- Caspar, F. (2018). *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse* (4., überarb. Aufl.). Bern: Huber.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T. et al. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: a randomized trial for schema-focused therapy versus transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry*, 6, 649–658.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Jacob, G. & Arntz, A. (2015). *Schematherapie in der Praxis* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Jaffé, A. (1971). *Erinnerungen, Träume, Gedanken von C.G. Jung*. Olten: Walter.
- Klein, J. P., Hauer-von Mauschwitz, A., Berger, T., Fassbinder, E., Mayer, J., Borgwardt, J. et al. (2021). Effectiveness and safety of the adjunctive use of an internet-based self-management intervention for borderline personality disorder in addition to care as usual: results from a randomized controlled trial. *BMJ Open*, 11, e047771. doi:10.1136/bmjopen-2020-047771
- Kopf-Beck, J., Müller, C. L., Tamm, J., Fietz, J., Rek, N., Just, L. et al. (2024). Effectiveness of schema therapy versus cognitive behavioral therapy versus supportive therapy for depression in inpatient and day clinic settings: a randomized clinical trial. *Psychother Psychosom*, 93(1), 24–35. doi:10.1159/000535492
- Leahy, R. L. (2001). *Overcoming resistance in cognitive therapy*. New York: Guilford.
- Louis, J. P., Wood, A. M., Lockwood, G., Ho, M. H. & Ferguson, E. (2018). Positive clinical psychology and schema therapy (ST): The development of the Young Positive Schema Questionnaire (YPSQ) to complement the Young Schema Questionnaire 3 Short Form (YSQ-S3). *Psychological Assessment*, 30(9), 1199–1213.
- McIntosh, V. V., Jordan, J., Carter, J. D., Frampton, C. M. A., McKenzie, J. M., Latner, J. D. & Joyce, P. R. (2016). Psychotherapy for transdiagnostic binge eating: A randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy, appetite-focused cognitive-behavioural therapy, and schema therapy. *Psychiatry Res*, 240, 412–420.
- Nadort, M., Arntz, A., Smit, J. H., Giesen-Bloo, J., Eikelboom, M., Spinhoven, P. et al. (2009). Implementation of schema therapy for borderline personality disorders with versus without crisis support by the therapist outside office hours: a randomized trial. *Behavior Research and Therapy*, 47, 961–973.
- Peeters, N., van Passel, B. & Krans, J. (2022). The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *Br J Clin Psychol*, 61(3), 579–597.
- Raabe, S., Ehring, T., Marquenie, L., Arntz, A. & Kindt, M. (2022). Imagery Rescripting as a stand-alone treatment for posttraumatic stress disorder related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 77, 101769. doi:10.1016/j.jbtep.2022.101769.
- Roediger, E. & Valente, M. (2025). *Schematherapie – kontextuell, prozessbasiert, interpersonell* (4. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Saddichha, S., Kumar, A. & Pradhan, N. (2012). Cognitive schemas among mental health professionals: Adaptive or maladaptive? *Journal of Research in Medical Sciences*, 17, 523–526.
- Schmidbauer, W. (1977). *Die hilflosen Helfer. Über die seelische Problematik helfender Berufe*. Reinbeck: Rowohlt.
- Swanson, L.R. (2018). Unifying theories of psychedelic drug effects. *Frontiers in Pharmacology*, 9, 172. doi:10.3389/fphar.2018.00172

van Dijk, S. D. M., Veenstra, M. S., van den Brink, R. H. S., van Alphen, S. P. J. & Oude Voshaar, R. C. (2023). A systematic review of the heterogeneity of schema therapy. *Journal of Personality Disorders*, 37(2), 233–262. doi:10.1521/pedi.2023.37.2.262

Vuijk, R., Deen, M., Geurts, H. M. & Arntz, A. (2023). Schema therapy for personal-

ity disorders in autistic adults: results of a multiple case series study. *Clin Psychol Psychother*, 30(2), 458–472.

Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2005). *Schematherapie – ein praxisorientiertes Handbuch*. Paderborn: Junfermann.



LIC. PHIL. FLORIAN HUG

ÉIDG. ANERKANNTER PSYCHOTHERAPEUT

DUFOURSTRASSE 131

CH-8008 ZÜRICH

kontakt@florianhug.ch

ZWISCHEN ANSPRUCH UND REALITÄT: SCHEMATHERAPEUTISCHE ANTWORTEN AUF NEUE GESELLSCHAFTLICHE PHÄNOMENE¹

YVONNE REUSCH¹ & GITTA JACOB²

¹ Institut für Schematherapie – Stuttgart

² GAIA AG, Hamburg

ZUSAMMENFASSUNG: Die zunehmende Psychologisierung von Lebensproblemen und der Trend zu Social-Media-Selbstdiagnosen stellen die Psychotherapie vor neue Herausforderungen. Der Artikel beleuchtet, wie die Schematherapie – insbesondere das Konzept des „Limited Reparenting“ – Gefahr läuft, passiv-vermeidende Muster und den Rückzug in eine „Opfer-Identität“ ungewollt zu verstärken. Am Fallbeispiel einer jungen Patientin werden spezifische Fallstricke wie der „jammernde Beschützer“ analysiert. Es werden konkrete Lösungswege wie empathische Konfrontation, zeitliche Begrenzung und der Fokus auf den „Gesunden Erwachsenen“ vorgestellt. Ziel ist eine therapeutische Haltung, die Frustrationstoleranz und Eigenverantwortung fördert, statt alltägliche Belastungen zu pathologisieren.

SCHLÜSSELWÖRTER: Schematherapie, Limited Reparenting, Social-Media-Diagnosen, Gesunder Erwachsener, Eigenverantwortung, Empathische Konfrontation

BETWEEN ASPIRATION AND REALITY: SCHEMATHERAPY RESPONSES TO NEW SOCIAL PHENOMENA

Abstract: The increasing psychologization of life problems and the trend toward social media self-diagnosis present new challenges for psychotherapy. This article examines how schema therapy – particularly the concept of ‘limited reparenting’ – risks unintentionally reinforcing passive-avoidant patterns and a retreat into a ‘victim identity’. Using the case study of a young patient, specific pitfalls such as the ‘complaining protector’ are analyzed. Concrete solutions are presented, including empathic confrontation, time limits, and a focus on the ‘Healthy Adult’. The goal is a therapeutic stance that promotes frustration tolerance and personal responsibility instead of pathologizing everyday burdens.

KEYWORDS: schema therapy, limited reparenting, social media diagnosis, healthy adult, personal responsibility, empathic confrontation

¹ Maskulinum und Femininum werden abwechselnd gebraucht.

1

PSYCHOTHERAPIE ALS LIFESTYLE:
DER PROBLEMATISCHE TREND
ZUM „INNEREN KIND“ UND ZUR
PSYCHISCHEN DIAGNOSE

Schematherapie ist mittlerweile ein fester Bestandteil der Therapielandschaft. Das ist ein großer Erfolg für unsere Community und für viele Patienten sehr wertvoll. Insbesondere in der Behandlung von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung ist die Schematherapie absolut zu empfehlen und hat ihre Wirksamkeit gezeigt. Viele Patientinnen fühlen sich einerseits verstanden und gesehen, andererseits zu Verhaltensänderung ermutigt und dabei durchgängig unterstützt. Diese Balance zwischen einem verständnisfördernden Blick in die Vergangenheit und der Arbeit in der Gegenwart, um langfristige Ziele in der Zukunft zu erreichen, ist genau die Stärke einer schematherapeutischen Behandlung, welche von Beginn an den Aufbau „erwachsener“ (funktionaler) Kompetenzen fokussiert, die auch Übernahme von Verantwortung bedeuten. Patienten übernehmen mit der Zeit die Verantwortung für das eigene Nachbeeltern, Veränderungen und damit den Therapieprozess.

Auch uns Schematherapeuten bleibt der starke gesellschaftliche Trend zur Psychologisierung von Lebensproblemen jedoch nicht erspart. In vielen sozialen Gruppen ist es geradezu zum Lifestyle-Erfordernis geworden, eine psychische Diagnose als Erklärung für eigene Misserfolge und/oder Stagnation zu nutzen, in Therapie zu sein und die Heimat für „das innere Kind“ zu suchen, anstatt sich den kantigen Anforderungen des Erwachsenenlebens zu stellen. Dabei ist der Leidensdruck oft real: Viele dieser oft – aber nicht nur – jungen Menschen stehen vor konkreten Entwicklungsaufgaben, schwierigen Rollenwechseln oder

frustrierenden Alltagsrealitäten. Doch statt diese Herausforderungen im Außen zu bewältigen, suchen manche die Ursache des Problems in einer psychischen Erkrankung und die Lösung in Beratung oder Psychotherapie.

Diese Muster sind kaum bewusst, sondern werden über Verstärkerprozesse aufrechterhalten – wie bei allen Problemverhaltensweisen natürlich in erster Linie kurzfristig und dafür sehr stark. Typische Verstärker sind z. B.:

- Aufmerksamkeit des sozialen Umfelds und Zugehörigkeitsgefühl zu einer sozialen Gruppe
- Vermeidung von Veränderung und Frustration und von Verantwortungsübernahme für die Lösung der eigenen Probleme
- Entlastung und Schutz vor Selbstwertreduktion durch „medizinisch/psychologische Erklärung“ eigener Kompetenzdefizite

Das Konzept des „Limited Reparenting“ macht die Schematherapie hier leider in besonderer Weise anfällig: Wird der Fokus einseitig auf die Versorgung des Kindmodus gelegt, bietet sie den perfekten Raum für Patienten, die sich endlich „fallen lassen“ wollen. Das nutzen auch Kollegen anderer Verfahren gerne, um stagnierende Fälle zu uns „wegzuloben“ („Das muss schematherapeutisch vertieft werden“). Da wir auch selbst auf langes Nachbeeltern eingestellt sind, laufen wir Gefahr, solche Aufträge zunächst unhinterfragt anzunehmen. Damit laufen wir aber vielleicht auch mehr als andere Gefahr, potenziellen Nonresponse zu übersehen, Behandlungswünschen rund ums „innere Kind“ unkritisch zu folgen und Patientenaufträge zur Übernahme von Verantwortung anzunehmen. Das wollen wir im Folgenden ein wenig konkretisieren und Vorschläge machen, wie in einem schematherapeutischen Rahmen damit umgegangen werden kann.

FALLBEISPIEL

Phelia (19) kommt nach stationärer Vorbehandlung in die Ambulanz. Blass, sehr schlank, mit schweren Boots und Ketten, wirkt sie im Kontakt überangepasst und unruhig. Sie berichtet von „starken suizidalen Gedanken“ wegen eines „aufgebrochenen Traumas“ (ein sexueller Übergriff vor drei Jahren). Doch das sei nur die „Spitze des Eisbergs“: Neben „social anxiety“ und einem Hang zu „toxischen Beziehungen“ ist Phelia durch Social-Media-Tests überzeugt, Autismus und ADHS zu haben. Dies erkläre endlich ihre Reizsensibilität und das Gefühl, „anders“ zu sein.

Dies steht im Kontrast zur Fremdanamnese: Eltern und Grundschulzeugnisse beschreiben ein schüchternes, aber leistungsstarkes und sozial unauffälliges Kind. Phelia hingegen schildert Mobbing und einen frühen Rückzug in soziale Netzwerke – eine Isolation, die sie während der Pandemie nicht als Belastung, sondern als Entlastung erlebte. Die Therapeutin sieht keine psychische Diagnose im engeren Sinne erfüllt, allerdings fällt ein umfassendes Vermeidungsverhalten auf.

DIAGNOSEN IM SEKUNDENTAKT
AUF SOCIAL MEDIA

Menschen können heute auf Plattformen wie TikTok oder Instagram in kürzester Zeit ein enormes, oft aber auf sehr fragwürdigem Wissen beruhendes Vokabular an Diagnosen erwerben. In perfekt inszenierten Reels werden komplexe Störungsbilder auf simple Checklisten reduziert: „Erkennst du diese drei Zeichen? Dann hast du eine ‚high-functioning Depression‘“ oder „So erkennst du eine toxische Beziehung“. Das Phänomen ähnelt dem bekannten „Medizinstudenten-Syndrom“ aus dem ersten Semester, bei dem Studierende plötzlich alle besprochenen Symptome an sich selbst entdecken. Der fatale

Unterschied heute: Es gibt kein professorales Korrektiv, das einordnet und relativiert. Die „Vorlesung“ dauert maximal eine Minute, ist emotional hoch optimiert und erreicht die Nutzer oft in vulnerablen Momenten.

VERSTÄRKUNG
DURCH LOOPING-EFFEKTE

Dieser Prozess wird durch sogenannte Looping-Effekte massiv beschleunigt: Sobald ein Begriff (wie „neurodivers“ oder „traumatisiert“) als Schablone für das eigene Erleben akzeptiert wird, beginnt eine selektive Suche nach bestätigenden Hinweisen in der eigenen Biografie und im aktuellen Verhalten. Alltägliche menschliche Regungen – wie Unkonzentriertheit, Reizbarkeit oder Schüchternheit – werden nun nicht mehr als normale Variationen oder Stimmungsschwankungen, sondern als Beweise für die Pathologie kodiert. Durch dieses ständige Self-Monitoring und die algorithmische Bestätigung („Wenn du das auch kennst, bist du nicht allein“) verfestigt sich das Selbstbild. Das Phänomen reproduziert sich gewissermaßen selbst: Je mehr Menschen sich einer Diagnose-Gruppe zuordnen und dies öffentlich als Identität leben, desto valider und attraktiver erscheint die Kategorie für andere, die nach Orientierung suchen.

EIN LUKRATIVER MARKT:
ERST DAS PROBLEM, DANN DIE LÖSUNG

Längst hat sich um dieses Bedürfnis eine ganze Industrie gebildet. Das Geschäftsmodell ist perfide und effektiv: Zuerst wird den Nutzern ein Problem verkauft, um ihnen im nächsten Atemzug die Lösung anzubieten. Für die nun selbstdiagnostizierte Neurodivergenz oder das „Trauma“ gibt es sofortige Abhilfe – in Form von Workshops, Nahrungsergänzungsmitteln oder Coachings. Besonders

tückisch ist dabei, dass wissenschaftlich fundierte Therapiebausteine oft wahllos mit esoterischen Heilsversprechen vermischt werden. Wer sich keinen teuren Kurs leisten kann, bezahlt mit seinen Daten und seiner Aufmerksamkeit. Es ist ein Markt, der von der Pathologisierung lebt und kein Interesse daran hat, dass sich die „Kunden“ als gesund oder kompetent erleben.

DIE ILLUSION VOM PERFEKTEN LEBEN: DER ZWANG ZUM BESONDEREN

Die Angebote dieses Marktes transportieren eine gefährliche Subbotschaft: Ein normales Leben mit Alltagsroutinen reicht nicht aus. Es wird suggeriert, dass das Leben aus dauerhaftem Glück, Erfolg und intensiven Gefühlen bestehen muss – und dass man sich „richtig spüren“ muss, statt einfach nur zu funktionieren. Für viele wird dieses Versprechen jedoch schnell zum toxischen Druck. Der Imperativ „Du bist besonders, du kannst alles werden“ kippt in eine unerbittliche Anspruchshaltung an das eigene Selbst. Wenn der Alltag dann doch grau und anstrengend ist, entsteht eine schmerzhaft Dissonanz. Statt zu erkennen, dass das Leben auch aus Langeweile und Frustration besteht, wird der eigene „Durchschnitt“ als Symptom gedeutet, das therapiert werden muss.

DIE „DIAGNOSEFALLE“: KRANKHEITSGEWINN STATT BEWÄLTIGUNG

Angesichts einer komplexen Realität, die ständige Anpassungsleistungen fordert, wird die Diagnose zum verführerischen Ausweg aus der Überforderung. Sie löst die kognitive Dissonanz zwischen dem eigenen Anspruch („Ich müsste das können“) und der Realität („Ich schaffe es nicht“) schlagartig auf. Der daraus re-

sultierende Krankheitsgewinn ist massiv: Unliebsame Aufgaben, wie Telefonate mit Behörden, müssen nicht mehr durch Überwindung bewältigt werden, sondern gelten wegen „Social Anxiety“ als unzumutbar. Langweilige oder anstrengende Routinetätigkeiten sind kein Disziplinproblem mehr, sondern aufgrund von „Neurodivergenz“ schlicht nicht leistbar. Gleichzeitig wandelt sich das Erleben von Scheitern in Zugehörigkeit: Statt sich für das Nicht-Funktionieren zu schämen, fühlt man sich endlich „gesehen“ und als Teil einer Community. Dieser Mechanismus der negativen Verstärkung (Erleichterung durch Vermeidung) zementiert das Problem: Je öfter die Diagnose als Schutzschild dient, desto stärker verfestigt sich die Überzeugung, tatsächlich schwer beeinträchtigt zu sein.

DIE FOLGEN: TEUER FÜR DAS SYSTEM, TRAGISCH FÜR DEN EINZELNEN

Das hat weitreichende Konsequenzen auf zwei Ebenen. Gesellschaftlich müssen wir kritisch fragen, ob die Solidargemeinschaft für Leistungen aufkommen sollte, die auf fragwürdigen Diagnosen basieren statt auf klinischer Evidenz. Noch schwerer wiegt jedoch die individuelle Tragik: Eine intelligente junge Frau wie Phelia läuft Gefahr, sich dauerhaft hinter einer Mauer aus Diagnosen einzurichten, statt an ihren Herausforderungen zu wachsen. So wird die „Psychobubble“ zur Falle, in der sie sich aus der Realität zurückzieht und ihr eigentliches Potenzial am Ende tatsächlich nicht leben kann.

FORTFÜHRUNG FALLBEISPIEL

Zurück in der Sprechstunde: Der berichtete „sexuelle Übergriff“ entpuppt sich auf Nachfrage als distanzloses Verhalten eines Mitschülers, der sich in der Cafete-

ria hinter sie stellte und sie „belächelte“, als sie ihn aufforderte zurückzutreten – das tat er erst nach einer Wiederholung dieser Aufforderung. Unangenehm und grenzüberschreitend – ja. Ein Trauma nach ICD/DSM – nein. Auch für die anderen Verdachtsdiagnosen finden sich keine klinischen Belege. Was wir sehen, ist eine Anpassungsstörung mit hohem Leidensdruck. Doch damit wird Phelia nicht zufrieden sein. Bestärkt durch ihre Community und eine ChatGPT-Recherche, die ihr „tiefe Arbeit“ empfahl, fordert sie die Aufarbeitung ihrer vermeintlichen Kindheitstraumata. Hier stehen Sie vor dem Dilemma: Wie gehen Sie mit einer Patientin um, die eine „große“ therapeutische Lösung für ein Problem einfordert, das klinisch gar nicht existiert, während sie die reale Entwicklungsaufgabe (Anpassung an den Alltag) abwehrt?

2

PSYCHOTHERAPEUTEN IM DILEMMA

Kennen Sie irgendeine andere medizinische Disziplin, die eine Behandlung, die zwei Jahre lang wirkungslos blieb, einfach weiter verschreibt? Anders als Fachärzte neigen wir Psychotherapeuten dazu, bei Stagnation „mehr“ vom Gleichen anzubieten, statt die Indikation zu hinterfragen. Doch warum ist das so? Die Ursachen liegen sowohl in schulenübergreifenden Dynamiken als auch in spezifischen Fallstricken der Schematherapie.

PSYCHOTHERAPIE UNTER ZUNEHMENDEM „PERFORMANCE-DRUCK“

Der unregulierte Coaching- und Selbsthilfemarkt bewirbt offensiv Angebote, die sich für Laien oft kaum von evidenzbasierter Psychotherapie unterscheiden las-

sen. Die Versprechen klingen verlockend („Traumata auflösen“, „wahre Weiblichkeit finden“, „inneren Frieden erreichen“) und fühlen sich gut an. Wenn finanzielle Ressourcen für diese Selbstzahler-Angebote fehlen, wenden sich Betroffene oft mit genau diesen Erwartungen an die Kassenpsychotherapie. Wir stehen dann vor dem Dilemma, eine Leistung erbringen zu sollen, die wir so nicht im Portfolio haben: Statt „Seelenwanderung“ bieten wir evidenzbasierte Behandlung zur Bewältigung von entgleisten Lebenskrisen. Wenn eine Patientin dann enttäuscht feststellt, dass die Gruppentherapie „nicht so tief geht“ wie das Retreat am Wochenende, erzeugt das Frustration und Druck. Die Gefahr besteht darin, aus einem eigenen Bewältigungsmodus heraus zu reagieren – etwa, indem man versucht, durch besonders emotionale Imaginationsübungen mit dem Retreat „mitzuhalten“. Stattdessen wäre es Aufgabe des professionellen Psychotherapeuten, das externe Erleben zu validieren, aber den Fokus klar auf die Alltagsbewältigung zurückzuführen.

EIGENE SCHEMATA ALS FALLE: WENN HELFEN-WOLLEN TEIL DES PROBLEMS WIRD

Dieser Druck trifft bei uns Therapeutinnen oft auf fruchtbaren Boden. Viele von uns neigen dazu, viel Verantwortung zu übernehmen, sich selbst stark zu hinterfragen und für andere über eigene Grenzen zu gehen. Das wird hier zur interaktionellen Falle: Der spürbare Leidensdruck der Patientin aktiviert unsere eigenen überzogenen Ansprüche. Wir wollen „liefern“ und „retten“. Weil bei diesen diffusen Beschwerdebildern oft keine trennscharfe Diagnose vorliegt, fehlen klare Therapieziele. Das Risiko ist hoch, dass wir uns einen Auftrag geben, der gar nicht gestellt werden dürfte, und

immer mehr Ressourcen in einen Prozess investieren, der kein definiertes Ende hat. Das Ergebnis sind langwierige Therapien, die beide Seiten oft unzufrieden zurücklassen.

SCHEMATHERAPIE ALS AUFFANGBECKEN FÜR NON-RESPONSE

Jeffrey Young entwickelte die Schematherapie ursprünglich genau für jene Patientengruppe, der mit klassischer KVT nicht ausreichend geholfen werden konnte – Menschen mit komplexen interaktionellen Mustern und Persönlichkeitsakzentuierungen. Anders als in anderen Verfahren sind umfangreiche Vorbehandlungen für uns daher keine „Red Flag“, sondern oft der Zuweisungsgrund. Das führt jedoch dazu, dass Kolleginnen uns häufig genau die Patientinnen weiterschicken, die nach 120 Stunden Therapie immer noch unzufrieden sind und nach „mehr“ verlangen. Wir werden so strukturell zur Anlaufstelle für Stagnation, was die Gefahr erhöht, in endlose Behandlungsversuche hineingezogen zu werden.

LIMITED REPARING: DIE FALLE DER „NETTEN ELTERN“

Ein zentraler Wirkfaktor der Schematherapie wird oft zum zusätzlichen Stolperstein: das „Limited Reparenting“. Jeffrey Youngs Forderung, eine „gute Elternfigur“ zu sein, wird manchmal missverstanden als bedingungsloses Verwöhnen, Versorgen und Vermeidung jeglicher Konfrontation. Wir scheuen den Konflikt, um den Patienten nicht zu kränken oder als „böse“ wahrgenommen zu werden. Doch Vorsicht: Wer aus Angst vor negativen Reaktionen keine Grenzen setzt, reinszeniert oft ungewollt genau die grenzenlosen, übermäßig anspruchsvollen Erfahrungen, die zur Entstehung der Problematik beigetragen haben. Echtes

Reparenting bedeutet auch, Anforderungen zu stellen und Zumutungen auszusprechen. Die entstehenden Konflikte bewusst einzugehen und die negativen Reaktionen auszuhalten ist Aufgabe eines ausreichend guten Elternteils in der Entwicklungsphase des Kindes, in der es um Individuation und Autonomie geht. Und gerade dieser Aspekt muss, wie wir noch sehen werden, bei diesen Patienten besonders großgeschrieben werden.

FORTFÜHRUNG FALLBEISPIEL: LIMITED REPARING MIT GRENZEN UND EMPATHISCHER KONFRONTATION

Therapeutin: *Ich nehme Ihren Leidensdruck sehr ernst. Gleichzeitig erlebe ich Sie sehr fokussiert auf Diagnosen wie ADHS oder Autismus, die ich nach meinem Eindruck nicht bestätigen kann.*

Phelia: *Sie kennen mich ja auch noch kaum. Und es ist bekannt, dass das oft erst spät erkannt wird!*

Therapeutin: *Das stimmt, wir kennen uns erst kurz. Deshalb mache ich Ihnen folgendes Angebot: Wir vereinbaren einen begrenzten Zeitraum von zwölf Sitzungen. Ich stelle dafür die Diagnose einer Anpassungsstörung – denn aktuell schaffen Sie es nicht, die Anforderungen Ihres Alltags mit Ihren Ressourcen zu bewältigen.*

Phelia: *Aber was ist nach 12 Sitzungen? Meine Freundinnen sind alle jahrelang in Therapie. Ich brauche Zeit, um mich zu öffnen!*

Therapeutin: *Ich verstehe Ihre Sorge. Aber ein festgelegtes Ende hilft uns, schnell zu prüfen, ob meine Arbeitsweise Ihnen wirklich hilft. Wir machen nach zehn Sitzungen Bilanz: Wenn Sie das Gefühl haben, wir kommen nicht voran, beenden wir die Zusammenarbeit und Sie suchen ein Angebot, das besser passt. Was meinen Sie – können wir diesen Versuch wagen?*

3

LÖSUNGSMÖGLICHKEITEN:
SCHEMATHERAPIE NEU JUSTIEREN

Die Schematherapie bietet generell einen hervorragenden Rahmen, um innere Konflikte sichtbar und bearbeitbar zu machen. Klassischerweise bilden wir im Modusmodell dabei Konflikte ab, die aus biografischer Vernachlässigung oder Überforderung resultieren – etwa, wenn ein strenger innerer Kritikermodus einen bedürftigen verletzten Kindmodus abwertet. Doch bei der hier beschriebenen Patientengruppe liegen die Konflikte anders. Sie entstehen weniger durch biografische Härte, sondern oft durch eine Diskrepanz zwischen Erwartung und Realität. Um diesen Menschen gerecht zu werden, müssen wir unser Modell an vier entscheidenden Punkten anpassen.

MASSLOSE ANSPRÜCHE
AN DAS LEBEN
STATT AN SICH SELBST

Ein wesentlicher Treiber des Leids sind hier oft nicht die klassischen fordernden oder strafenden Modi, die dem Patienten sagen: „Du musst dich mehr anstrengen.“ Stattdessen beobachten wir einen überhöhten Anspruch an das Leben und die Welt. Befeuert durch Social-Media-Narrative verfestigt sich die Überzeugung: „Mein Leben muss immer glücklich, ‚deep‘ und erfüllend sein“. Dieser Anspruch kollidiert mit der Realität, die auch Langeweile, Frustration und Routine bereithält. Der entscheidende innere Konflikt entsteht also nicht (nur) durch Selbstabwertung („Ich genüge nicht“), sondern durch eine fundamentale Kränkung darüber, dass die Welt und das eigene Leben den eigenen Idealvorstellungen nicht entsprechen. Dies bedeutet nicht, dass es nicht auch überzogene Ansprüche an das Selbst gibt, sondern lediglich, dass diese

zum aktuellen Zeitpunkt nicht den zentralen Kern der Problematik darstellen.

DIE FLUCHT IN DIE DIAGNOSE
ALS BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIE

Im Modusmodell können und sollten wir eine demonstrativ vorgetragene „Diagnose“ nicht als unabänderlichen Fakt, sondern als aktiven Bewältigungsmechanismus einordnen. Dann erfüllt sie eine doppelte Funktion: Zum einen dient sie der klassischen Vermeidung. Lebensaufgaben, die Angst machen oder Anstrengung erfordern, werden unter Verweis auf das Störungsbild („Dafür fehlt mir wegen meiner Neurodivergenz die Kapazität“) abgewehrt. Zum anderen fungiert die Diagnose oft als Instrument zur Aufmerksamkeitssuche. Wie im Abschnitt zum Krankheitsgewinn beschrieben, sichert das Label „Ich bin traumatisiert“ in der Peer-Group und auch in der Therapie Zuwendung und Sonderstatus. Wir haben es also oft mit einer Mischung aus vermeidenden Bewältigungsmodi und einer Art „Opfer-Identität“ zu tun, die den Selbstwert stabilisiert, indem sie reale Überforderungen pathologisiert.

4

DER TRUGSCHLUSS DER TRÄNEN:
VERLETZTES KIND
ODER JAMMERNDER BESCHÜTZER?

Psychotherapeuten sind darauf trainiert, Tränen und das Zeigen von Leid nahezu reflexhaft als Aktivierung des „Verletzten Kindmodus“ zu deuten, der Zuwendung und Trost braucht. Bei dieser Patientengruppe ist das jedoch oft eine folgenschwere Fehlinterpretation. Das intensive Leiden an der Welt und die Klage über die eigene Überforderung sind häufig eher Ausdruck eines „Jammernden Beschützers“ (Complaining Protector) oder

einer vom Opfernarrativ getragenen Vermeidungshaltung. Die unbewusste Botschaft ist hier oft nicht: „Hilf mir, den Schmerz zu tragen“, sondern: „Sieh her, wie schlecht es mir geht – du kannst unmöglich etwas von mir verlangen.“ Wer hier tröstet und Zuwendung spendet, validiert nicht das Gefühl, sondern füttert die Vermeidung.

REPARING:
ERZIEHUNG ZUR REALITÄT
STATT „PAMPERING“

Schließlich muss auch das Reparenting angepasst werden. Statt die dysfunktionalen Muster durch übermäßige Fürsorge unbewusst zu verstärken, braucht es eine klare, manchmal auch „kantige“ Haltung. Wir müssen als Stellvertreter der Realität auftreten: Das bedeutet, Frustrationstoleranz zu fördern und die Patientin empathisch, aber konsequent mit den Folgen ihres Handelns zu konfrontieren. Die Botschaft ist nicht: „Ich rette dich vor der bösen Welt“, sondern: „Ich traue dir zu, dass du die Anstrengung bewältigen kannst“ und auch „Das Leben ist nicht immer rosig, auch wenn es auf Social Media so aussieht.“ Gleichzeitig sind wir Modelle dafür, dass ein Leben, das viel fordert und viele Herausforderungen und auch Frustration mit sich bringt, sinnstiftend und erfüllend sein kann. Es geht also vor allem auch darum, das individuelle „Wozu“ (als sogenanntes Hin-Ziel) mit diesen Menschen zu entwickeln und diese erwachsene Werteorientierung konsequent zu verstärken.

5
KONKRETE UMSETZUNG:
RAHMEN, HALTUNG
UND THERAPEUTISCHE TECHNIKEN

Wie begegnen wir diesen Patienten nun in der Praxis, ohne uns in endlosen Diskussionen zu verreiben?

RAHMENBEDINGUNGEN
TRANSPARENT GESTALTEN
UND MUT ZUR BEGRENZUNG

Bereits in der ersten Sprechstunde sollten wir über die geltenden Psychotherapie-Richtlinien aufklären. Wenn der geschilderte Leidensdruck keine klassische Diagnose nach ICD-10 erfüllt, ist es nicht unsere Aufgabe, Kriterien aufzuweichen. Stattdessen bildet die Diagnose der Anpassungsstörung oft die Realität am besten ab: Sie beschreibt die Unfähigkeit, aktuelle Entwicklungsaufgaben zu bewältigen. Daraus folgt konsequenterweise eine klare Begrenzung des Settings auf 15 (Akutbehandlung) bis maximal 24 Sitzungen (Kurzzeittherapie). Diese Grenze ist keine Sanktion, sondern eine wirksame Intervention, auch weil sie sofort die relevante Modusdynamik triggert. Wir validieren den Schmerz, konfrontieren aber die Vermeidung – gerade, weil wir im Sinne Jeffrey Youngs „ausreichend gut beeltern“ wollen. Gute Eltern setzen Grenzen, damit Entwicklung stattfinden kann.

KONSEQUENZ WAHREN
UND IM ZWEIFEL KEIN ANGEBOT
MACHEN

Beharrt eine Patientin auf ihrer (Selbst-) Diagnose oder verweigert die Übersetzung von Erkenntnissen in den Alltag, ist eine offene Klärung unumgänglich. Wir können unterstützend nachjustieren, aber der gesteckte Rahmen muss blei-

ben. Das bedeutet auch: Wenn keine Einigung über das Ziel erreicht werden kann, kommt keine Therapie zustande – selbst bei hohem Leidensdruck. Hier dem Druck der Patientin nachzugeben, würde nicht nur unser evidenzbasiertes Angebot entwerten, sondern paradoxerweise genau jenen Bewältigungsmodus „füttern“, der die Probleme aufrechterhält. Echte Hilfe bedeutet hier, nicht mit der Dysfunktionalität mitzugehen, sondern die Patientin mit der Verantwortung für ihre Veränderung zu konfrontieren.

DIE EIGENE GEGENÜBERTRAGUNG REFLEKTIEREN

Diese Arbeit ist ein Minenfeld für eigene Schemata. Neben dem Ärger über mangelnde Mitarbeit (wenn z. B. eine Patientin entspannt um 13 Uhr aufsteht, während wir schon seit 8 Uhr arbeiten) ist vor allem eine Situation emotional extrem fordernd: die Erkenntnis, nicht helfen zu können. Kaum etwas erleben wir als so frustrierend wie dieses Eingeständnis. Wenn Patienten daraufhin enttäuscht reagieren oder gar mit schlechten Online-Bewertungen drohen, trifft uns das oft hart. Es aktiviert eigene Schemata von Versagen oder Unzulänglichkeit. Die Versuchung ist groß, diesen unangenehmen Gefühlen entweder durch Nachgiebigkeit (Dysfunktionale Bewältigung) auszuweichen oder in eine strafend-kritische Haltung der Patientin gegenüber zu kommen. Doch genau hier müssen wir widerstehen, denn beides ist nicht hilfreich. Dafür ist die konstante Beobachtung der eigenen Gegenübertragung besonders wichtig. Intervention und Supervision sind unerlässlich, um diese Spannungen auszuhalten, die eigenen Anteile zu sortieren und nicht aus Angst vor Konflikten oder Kränkung den therapeutischen Rahmen zu opfern.

UMDEUTUNG DES AUFTRAGS VOM BEDÜRFTIGEN KIND ZUM KOMPETENTEN ERWACHSENEN

Viele Patienten kommen mit dem expliziten Wunsch nach „Innerer Kindarbeit“. Oft verbirgt sich dahinter die passive Hoffnung, entgangene Fürsorge nun endlich von der Therapeutin zu erhalten. Statt diesen Wunsch pauschal abzuwehren, sollten wir ihn aktiv umdeuten: Wir validieren, dass das Erleben emotionaler Vernachlässigung psychischen Schmerz erzeugt und dass der Wunsch nach „Versorgtwerden“ daher absolut nachvollziehbar und richtig ist. Wir erklären aber gleichzeitig transparent, dass Schematherapie nicht bedeutet, dauerhaft von außen versorgt zu werden, sondern die Fähigkeit zu erlernen, sich selbst gut zu versorgen. Der Auftrag lautet also nicht „Heilung durch Empfangen“, sondern „Kompetenzaufbau im Gesunden Erwachsenenmodus“. Nur wenn die Patientin diesen Wechsel von der passiven Erwartung zur aktiven Verantwortungsübernahme akzeptiert, ist eine Zusammenarbeit sinnvoll.

DIE MÖGLICHKEITEN DER EMPATHISCHEN KONFRONTATION AUSSCHÖPFEN

In der direkten Interaktion ist die empathische Konfrontation unser wichtigstes Werkzeug. Das bedeutet: Wir validieren die emotionale Not (die „hintere Bühne“), aber wir konfrontieren die Realität des Settings. Wir lassen uns nicht in eine Diskussion über Diagnosen verwickeln, sondern nutzen den Konflikt im Hier-und-Jetzt, um das dysfunktionale Muster (Anspruchshaltung, Opferrolle) sichtbar zu machen und den Gesunden Erwachsenen zur Entscheidung aufzufordern.

WEITERFÜHRUNG FALLBEISPIEL:
BEISPIELDIALOG, IN DEM DIE PATIENTIN
ÄRGERLICH WIRD

Phelia: *Ich fühle mich veräppelt. Ich habe so lange gewartet, mir die Zeit eingerichtet und jetzt sagen Sie, dass Sie mir nicht helfen wollen!?*

Therapeutin: *Ich verstehe, dass Sie enttäuscht und ärgerlich sind. Sie hatten eine ganz andere Erwartung, und mein Angebot fühlt sich jetzt an wie eine Zurückweisung.*

Phelia: *Ich verstehe halt nicht, warum alle Therapie kriegen und ich nicht! Es ist einfach ungerecht.*

Therapeutin: *Da ist wieder dieses schmerzhaftes Gefühl von Ungerechtigkeit, das Sie aus Ihrem Leben gut kennen. Doch genau hier liegt unsere Chance: Ich biete Ihnen an, in den begrenzten Sitzungen exakt damit zu arbeiten – wie dieses Erleben von Ungerechtigkeit und der daraus folgende Ärger Ihnen heute im Weg stehen.*

Phelia: *Was soll mir das bringen? Ich kann auch gleich gehen, wenn es hier nicht so läuft, wie ich dachte.*

Therapeutin: *Das ist Ihre Entscheidung. Mein Angebot steht: Wir arbeiten an diesem Muster. Aber Sie sind die Expertin für Ihr Leben: Wenn Sie sagen, das reicht Ihnen nicht, können Sie sich gegen das Angebot entscheiden. Was sagt Ihr erwachsener Teil dazu?*

Um hier tiefer einzusteigen, bieten sich mindestens drei konkrete therapeutische Zugänge an:

- Kognitiv-reflexiv: Wir ordnen das Verhalten gemeinsam ins Modusmodell ein. Hilfreich sind hier Pro-Contra-Listen bezüglich der aktuellen Bewältigungsstrategie oder eine Wertklärung: Passt das Verhalten („Ich gehe, wenn ich nicht kriege, was ich will“)

zu dem Menschen, der Sie sein wollen?

- Emotional (Stuhlarbeit): Statt nur über das Verhalten zu reden, interviewen wir den Bewältigungsmodus direkt auf einem Stuhl. So erarbeiten wir das unerfüllte Grundbedürfnis, enttarnen aber auch die oft scharfen Kritikerstimmen, die den Patienten in diese starre Haltung treiben.
- Interaktionell (Therapist Splitting): Bei Konflikten im Raum hilft das „Aufteilen des Therapeuten“. Wir erlauben der Patientin, ihren Ärger auf den „begrenzenden, strengen“ Teil von uns zu richten, und validieren diesen Ärger. Gleichzeitig sucht unser „fürsorglicher erwachsener“ Teil gemeinsam mit der Patientin nach pragmatischen Lösungen.

FORTFÜHRUNG FALLBEISPIEL:
BEISPIELDIALOG:
TECHNIK DES „THERAPIST SPLITTING“

Voraussetzung: *Phelia hat sich auf das Experiment eingelassen. Die Therapeutin setzt sich nun neben sie; ihr ursprünglicher Stuhl bleibt leer.*

Therapeutin: *Schauen Sie bitte mit mir auf den leeren Stuhl gegenüber. Stellen Sie sich vor, da sitzt jetzt der Teil von mir, der Sie gerade enttäuscht hat – der Ihnen die Diagnose und die lange Therapie verweigert. Was spüren Sie, wenn Sie diesen „strengen“ Therapeuten dort sehen?*

Phelia: *Chaos. Ich bin wütend, aber auch verzweifelt. Ich verstehe einfach nicht, warum mir da keiner hilft.*

Therapeutin: *Wo spüren Sie dieses Chaos im Körper? Nehmen Sie sich einen Moment.*

Phelia: *(blickt auf den Boden) Es ist ein Kloß im Hals und Druck auf der Brust. Mir ist schlecht.*

Therapeutin: *Ja. Das ist der Teil in Ihnen, der sich alleingelassen und nicht ge-*

sehen fühlt – die „kleine Phelia“. Lassen Sie das zu. Atmen Sie zum Druck hin, bis in ihn hinein. (Phelia weint) Es ist okay, Phelia. Ich bin hier an Ihrer Seite. Ich sehe Sie. (Nach einer Pause des Trostes) Was wünscht sich dieser Teil?

Phelia: Dass endlich jemand hilft.

Therapeutin: Ein völlig berechtigter Wunsch.

Die Therapeutin bittet Phelia aufzustehen, um die Situation auch körperlich zu verlassen (Grounding).

Therapeutin: Ich möchte Ihnen helfen – aber auf eine Weise, die funktioniert. Wir haben gesehen, wie schnell dieses Gefühl von „Niemand hilft mir“ aktiviert wird. Mein Angebot ist: Wir arbeiten daran, dass Sie dieses Gefühl früher bemer-

PSYCHOTHERAPIE IST PHILOSOPHISCHE HEILKUNDE

Jeder Mensch hat seine (meist unbewusste, implizite) Lebensphilosophie. Bei einer psychischen Störung spielt sie eine wesentliche Rolle. Daher können philosophische Gespräche einen wesentlichen therapeutischen Beitrag leisten. Der Psychotherapeut und Philosoph Professor Dr. Martin Poltrum (Wien) stellt Möglichkeiten in seiner Monografie **Klinische Philosophie** vor: Philosophie, möglichst im Kontext von Ästhetik, als Therapeutikum.

„Der durchschnittliche Lebensentwurf, die alltägliche Selbstausslegung des Daseins, reichen in Situationen, in denen wir mit Krankheit, Leid, Tod, Schuld und Angst konfrontiert sind, nicht aus. Solche Situationen, die Karl Jaspers Grenzsituationen nennt“, provozieren bei Betroffenen ein philosophisches Klärungsbedürfnis. Hier setzt Poltrum mit seiner „Klinischen Philosophie“ bzw. „Philosophischen Therapie“ an. In einer Evaluationsstudie mit Suchtkranken zeigten sich bei 45 Prozent der Betroffenen die Wirkfaktoren Auseinandersetzung/Reflexion, bei 23 Prozent Horizonterweiterung/Wissensgewinn, bei 16 Prozent Handlungsaktivierung und bei acht Prozent die Abnahme materieller Werte.

„Nicht alle Philosophien sind in der Lage, Orientierung zu bieten und die noetischen Ressourcen der Patienten zu aktivie-

ren. Nicht einmal einzelne Philosophen und deren Weltentwurf als Ganzes können für ein klinisch relevantes Philosophieren genutzt werden. So gibt es z. B. viele fruchtbare Überlegungen in der stoischen Philosophie, die v. a. bei affektiven Störungen und emotionaler Instabilität als kognitive Gegenkonzepte sehr gut helfen“; z. B. mit der Dihairesis, der grundsätzlichen Unterscheidung zwischen beeinflussbaren und nicht beeinflussbaren Problemen. Andererseits ist die positive Sicht der Stoa auf den Suizid in der Therapie kontraindiziert.

Die Auswahl philosophischer Texte bleibt daher eine immer neue individuelle, störungsbezogene Entscheidung, zu der Martin Poltrum auf der Basis eigener therapeutischer Erfahrungen motiviert und anleitet. C. G. Jung hatte – nicht als erster – bemerkt: „Ich kann es kaum verschleiern, dass wir Psychotherapeuten eigentlich Philosophen oder philosophische Ärzte sein sollten, oder vielmehr, dass wir es schon sind, ohne es wahr haben zu wollen...“

Martin Poltrum

Klinische Philosophie – Logos Ästhetikus und Philosophische Therapie

152 Seiten, Paperback

Pabst

ISBN 978-3-89967-598-6

ken und lernen, sich im Hier und Jetzt selbst zu versorgen, statt auf die Rettung durch die „Frau auf dem Stuhl“ zu warten. Das wird anstrengend, und wir werden nicht „fertig“ sein, wenn die Stunden um sind – aber Sie werden das Werkzeug haben, um selbst weiterzumachen. Wollen wir das versuchen?

6

SCHLUSSWORT:
MUT ZUR KLARHEIT

Die „Psychobubble“ stellt uns vor neue Herausforderungen: Wir begegnen Menschen, die psychisches Leid zunehmend als Identität begreifen und Therapie als Ort der bedingungslosen Bestätigung suchen. Doch genau hier liegt unsere Chance. Die Schematherapie ist kein „Pflaster“ für diffuse Unzufriedenheit, sondern ein Präzisionswerkzeug zur Veränderung. Nutzen wir dieses Werkzeug mutig. Echtes „Reparenting“ bedeutet in diesem Kontext nicht, jeden Wunsch zu erfüllen, sondern den Patienten zuzutrauen, dass sie dem Leben gewachsen sind. Wenn wir den Mut haben, Grenzen zu setzen und die Eigenverantwortung einzufordern, geben wir unseren Patienten das Wichtigste mit, das Therapie leisten kann: Den Glauben an ihren eigenen gesunden Erwachsenen.

WEITERFÜHRENDE LITERATUR

Jacob, G. (2024). *Leben geht nur vorwärts. Wann es Zeit ist, das innere Kind in Ruhe zu lassen und durchzustarten*. Weinheim: Beltz.

Padberg, T. (2021). *Die Depressions-Falle: Wie wir Menschen für krank erklären, statt ihnen zu helfen*. Frankfurt am Main: Fischer.

Padberg, T. (2025). Die Macht der Diagnosen. Looping-Effekte und die Folgen für die Psychopathologie. *Psychotherapeutenjournal*, 24(1), 4–11. <https://doi.org/10.61062/ptj202501.001>

Roediger, E. & Valente, M. (2025). *Schematherapie. Kontextuell – prozessbasiert – interpersonal* (4., überarb. und erw. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.



YVONNE REUSCH

INSTITUT FÜR SCHEMATHERAPIE – STUTTGART
BISMARCKSTRASSE 6
D-74072 HEILBRONN



GITTA JACOB

GAIA AG
HANS-HENNY-JAHNN-WEG 53
D-22085 HAMBURG
gitta.jacob@gaia-group.com