

Psychotherapeutische Schulen: Verhaltenstherapie

21. September 2023, 15:30-17:10

Univ. Prof. Dr. **Alexandra Schosser** PhD. MBA

Inhalt

- Informationsgewinnung in der VT
- Historische Entwicklung der Verhaltenstherapie (Behaviorismus – Kognitive Wende – Emotionale Wende / „Dritte Welle“)
- operante Konditionierung, Verstärkerpläne
- Rational-emotive Verhaltenstherapie (Albert Ellis)
- Kognitive Therapie (A.T. Beck)
- Schematherapie als Beispiel für „Dritte Welle“ der VT

Ziele Psychotherapeutischer Behandlung

- Linderung von Leiden auf Symptomebene
- Modifizierung von Verhaltensweisen
- Veränderung bzw. Reifung von Persönlichkeitsanteilen



Einleitung Verhaltenstherapie

- Psychische Störungen = Resultat **prädisponierender, auslösender und aufrechterhaltender Faktoren** verstanden
- entscheidend für die Erklärung psychischer Störungen: funktioneller Zusammenhang des problematischen **Verhaltens, Denkens, Erlebens** mit den **vorausgehenden und nachfolgenden** internen und externen Bedingungen
- i.d. Therapie geht es insbesondere um die Veränderung der Bedingungen, die ein Problem **aufrechterhalten**

Psychotherapie – gemeinsame bzw. allg. Wirkfaktoren

- **Äquivalenzparadoxon:** unterschiedliche Therapieverfahren und -methoden schneiden in Wirksamkeitsstudien ähnlich gut ab (eher selten sign. Wirksamkeitsunterschiede) →
- Gemeinsamkeiten zw. Therapieschulen/-methoden größer als allg. angenommen? (Kongerslev et al. 2015, Webb et al. 2010)
- Forschung zu **allg. Wirkfaktoren, v.a. der therapeutischen Beziehung** → größere Bedeutung für Veränderungsprozess als sog. spezifische Wirkfaktoren (Webb et al. 2010, Cuijpers et al. 2012)
- Aufbau einer **vertrauensvollen Beziehung** zw. ArztIn/PsychotherapeutIn und PatientIn gilt als wichtiger allgemeiner Wirkfaktor
- Eigenschaften TherapeutIn:
 - Einfühlungsvermögen (Empathie)
 - Echtheit (Authentizität)
 - Fachliche Kompetenz (inkl. Techniken der Gesprächsführung)

Psychotherapie – gemeinsame bzw. allg. Wirkfaktoren

Grawe (1995, 2004): grundlegende Wirkfaktoren der Psychotherapie:

- 1. Therapeut. Beziehung:** Qualität zeigt Zs.hang mit Therapieergebnis (Cuijpers et al. 2012, Dragiotti et al. 2015)
- 2. Motivationale Klärung:** Therapie fördert klareres Bewusstsein für die Determinanten (*Ursprünge, Hintergründe, aufrechterhaltende Faktoren*) des problematischen Erlebens und Verhaltens
- 3. Ressourcenaktivierung:** Eigenarten d. Pat. (*motivationale Bereitschaften, Fähigkeiten und Interessen*) als positive Ressourcen für das therapeutische Vorgehen nutzen
- 4. Problemaktualisierung:** Probleme, die in Therapie verändert werden sollen, müssen durch unterschiedlichste Interventionen in Therapie erfahrbar gemacht werden (Grawe 1999)
- 5. Problembewältigung:** Therapie unterstützt Pat. bei der Entwicklung neuer Bewältigungsstrategien auf einer erfahrungsnahen Ebene

Informationsgewinnung in der Verhaltenstherapie

- Überblick über Beschwerden d. Pat.
- Indikation für Psychotherapie überprüfen
- erste Vorstellung über Entstehung und Aufrechterhaltung einer behandlungsdürftigen Problematik erhalten

Informationsgewinnung – Methoden

- **Erstgespräch:**

- ✓ „Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung hat Vorrang vor der Informationserhebung“ (Wendisch & Neher 2003)
- ✓ vorrangiges Ziel: Pat. **Hoffnung oder Zuversicht aufbauen**
- ✓ Ziel ist „möglichst schnell einen umfassenden Überblick die wichtigsten Informationen zu Person, Problematik, Problemgeschichte, Biographie, Therapieanlass, aktueller Lebenssituation sowie zum Störungsmodell d. Pat., zu Erwartungen an die Therapie, Motivationslage und Therapiezielen zu erhalten“ (Hautzinger 2011)

Informationsgewinnung – Methoden

- **Anamnese vs. Exploration:**

- ✓ **Ziel der Anamnese:** breiten Überblick über das aktuelle und vergangene Leben d. Pat. und seiner Bezugspersonen als auch seiner Ursprungsfamilie (Fiegel 2010)
- ✓ **Fremdanamnese:** andere Perspektive kann dazu beitragen, systematische Aspekte des Problemgeschehens (Funktionalität, aufrechterhaltende Verhaltensweisen sign. Bezugspersonen) zu erkennen; auch zu Störungsbeginn, -dauer und -intensität können Angehörige wertvolle Ergänzungen liefern
- ✓ **Exploration** = **hypothesengeleitetes Vorgehen** mit dem Ziel, die Aufmerksamkeit auf die behandlungsrelevanten Aspekte zu lenken und diese für eine Problemanalyse zu strukturieren (eig. Trichterungsprozess, Kanfer 2011)

Informationsgewinnung – Methoden

- **Verhaltensbeobachtung (1):**

- ✓ nützlich, um Problemsystem besser verstehen können
- ✓ **Selbstbeobachtungsprotokolle** (erfassen eine vorher festgelegte Verhaltenseinheit) → neben **Verhalten (Problem- oder Zielverhalten)** werden i.d.R. auch **vorangegangene und folgende Bedingungen und Ereignisse** erfasst → wichtige Infos für ein Störungsmodell (Auslöser, Konsequenzen)

Informationsgewinnung – Methoden

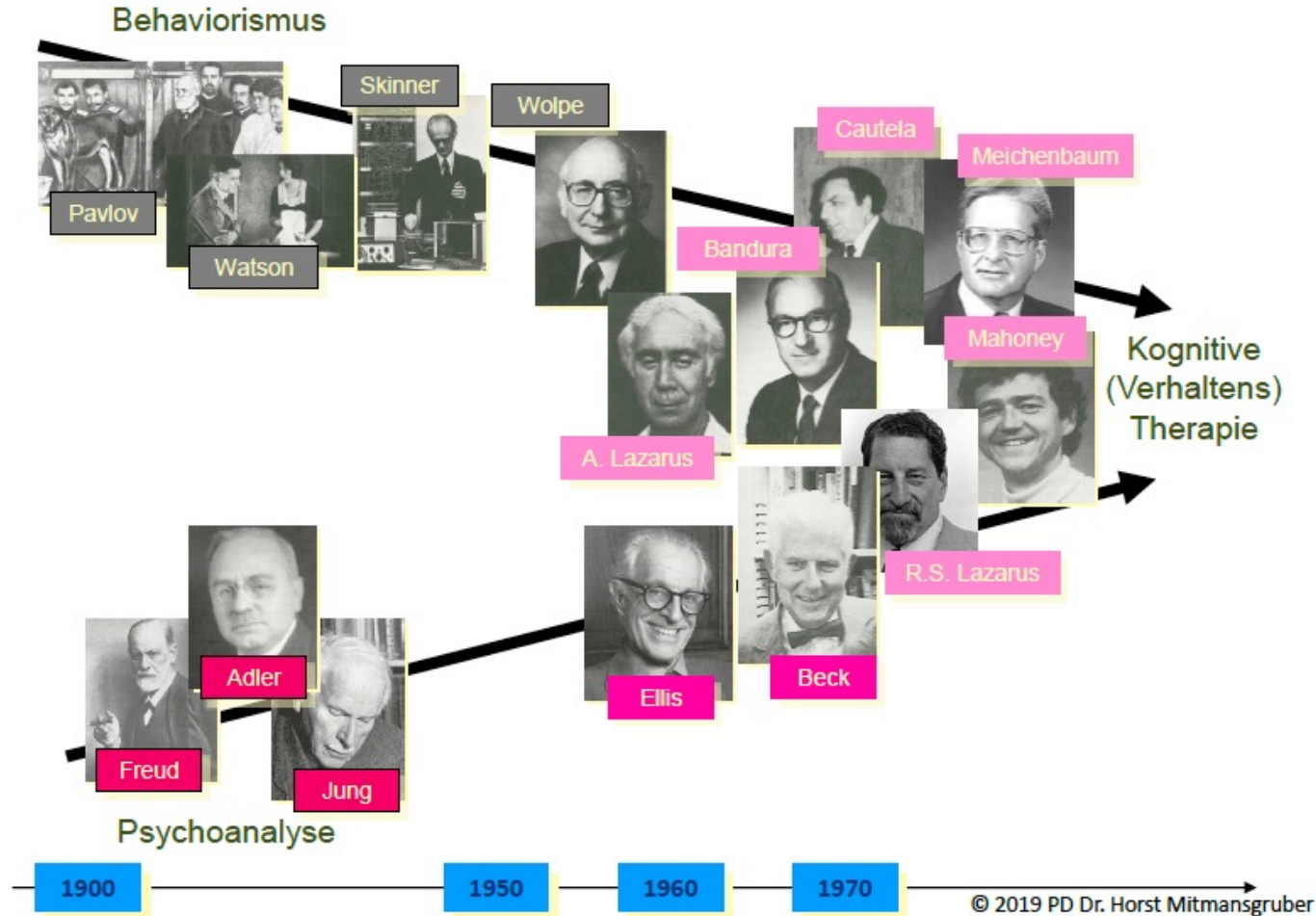
- **Verhaltensbeobachtung (2):**

- ✓ **Therapeut*in als Beobachter*in:** z.B. können hochautomatisierte Abläufe, die Pat. mögl.weise selbst nicht (mehr) bewusst sind, erkannt;
- ✓ **freie** (zur Hypothesenbildung) **vs. systematische** (zur Überprüfung bestehender Hypothesen) Beobachtung (Echelmeier 2011)
- ✓ **offene** (beobachtete Person weiß, dass Verhalten beobachtet) **vs. verdeckte** Beobachtung
- ✓ z.B. im Therapieraum: in Form von Rollenspielen oder hergestellten Realsituationen

Informationsgewinnung – Methoden

- **Fragebögen, Tests, Ratingskalen**
 - ✓ weitere Erkenntnisse über Qualität und Quantität der Problematik
 - ✓ störungsspezifische und transdiagnostisch einsetzbare Fragebögen
 - ✓ viele Instrumente auch als Verlaufsdiagnostik einsetzbar
- **diagnostisches Rollenspiel**
 - ✓ z.B. Konkretisierung Problemverhalten

Geschichte der Kognition in der Therapie



Behaviorismus



Historische Entwicklung: Behaviorismus

- Geschichte der VT eng mit der **Psychologie des Lernens** verknüpft (**experimentelle Befunde der klassischen und operanten Konditionierung**) → Grundlage für Modelle zur Entstehung psychischer Störungen und Interventionen
- wesentliche Impulse aus der sich entwickelnden **physiologischen Psychologie**
- **Klassische Konditionierung**: vorangehende Reize können durch Lernen zum Auslöser von Reaktionen werden
- **Operante Konditionierung**: Lernprozess, bei dem die Auftretenswahrscheinlichkeit von Verhalten durch seine Konsequenzen erhöht und erniedrigt wird

Historische Entwicklung: Behaviorismus

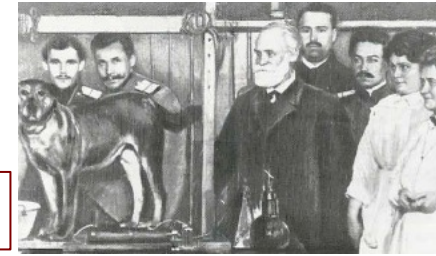
- **P. Pawlow:** physiologischen Untersuchungen des Verdauungsapparates (*Ende 90er des 19. Jhd.*) → **Reiz-Reaktion-Schema** mit dem Konditionierungsparadigma ab
- **Beobachtung des rein äußerlichen Tuns** von Tieren und Menschen
- **innere Vorgänge** wurden nicht beachtet („**Black Box**“) – **Lernen als Reaktion des Individuums auf Umweltreize**



- keine Berücksichtigung von Bewusstseinsvorgängen
- Beschreibung von Prinzipien bei Erlernen sowie Veränderung menschlichen Verhaltens (klassische Lerntheorien)

Klassische Konditionierung – Pawlow

(Konditionierung vom S-Typ)



Pawlow'sches Hundeexperiment



UCR



UCS



CR



CS

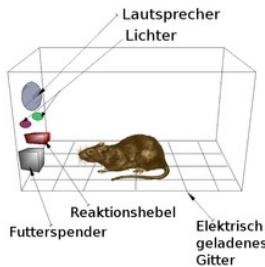
Operante Konditionierung – Skinner

(Konditionierung vom R-Typ)

- **B.F. Skinner** sah hingegen nicht den Reiz als ausschlaggebend, sondern die **Kontingenz** i.S. der Regelmäßigkeit des Auftretens zwischen dem **Verhalten** und den **Nachfolgebedingungen**
- nach diesem „operanten Modell“ beeinflusst die **Art der Konsequenzen**, die auf ein Verhalten folgen, dessen Auftrittswahrscheinlichkeit
- Verhalten als Instrument, um bestimmten Zustand (Nachfolgebedingung) zu erreichen
- z.B. tendieren dazu ein Verhalten für das wir gelobt werden oder sonstige Zuwendung bekommen, öfters zu zeigen \leftrightarrow Verhalten mit unangenehmen Folgen verbunden (*etwa auf heiße Herdplatte greifen und Schmerz zu erfahren*), zu unterlassen



B. F. Skinner, [Harvard](#), um 1950; Quelle: Wikipedia



Möglicher Aufbau einer Skinner-Box; Quelle: Wikipedia

Verstärkerpläne

- **pos. Verstärkung** (z.B. Belohnung): angenehmer Reiz folgt auf Verhalten
→ Verhaltensfrequenz ↑
- **neg. Verstärkung**: Wegfall unangenehme Situation bzw. aversiver Reiz wird beendet)
→ Verhaltensfrequenz ↑
- **Löschung** (Nichtbeachtung des Verhaltens) + **Bestrafung** (Gegenteil von Verstärkung)
→ Verhaltensfrequenz ↓
 - └ indirekt: Entzug eines angenehmen Reizes
 - └ direkt: aversiver Reiz folgt auf Verhalten

Verstärkerpläne

- **Annäherungsverhalten:** Belohnung bei Erreichen des Zieles als positiver Verstärker
- **Vermeidungsverhalten:** eine Zielannäherung wird vermieden um damit einhergehenden unangenehmen Reizen nicht ausgesetzt zu sein (= negative Verstärkung)

→ z.B. Behandlung von Angst- und Zwangsstörungen

Verstärkerpläne

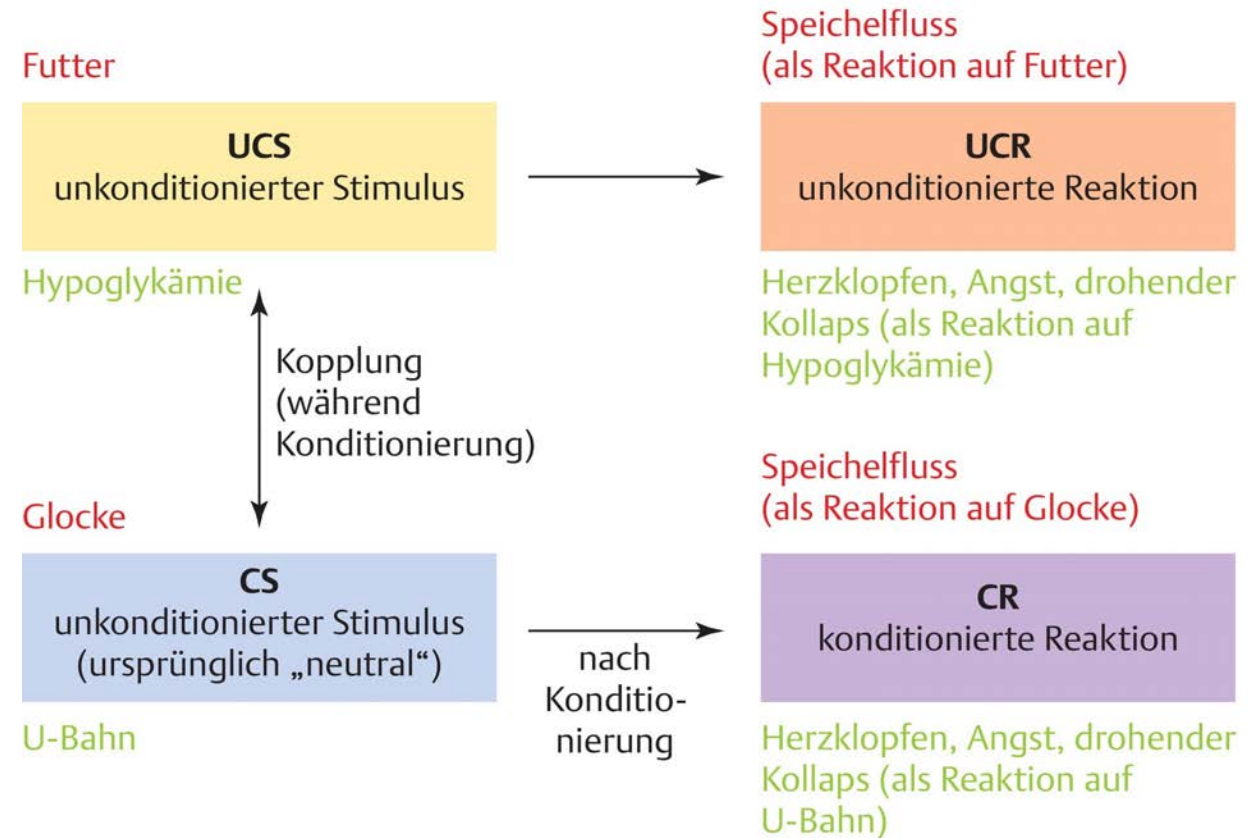
- **Kontingenz:** zeitlicher Abstand, in dem **Konsequenz** erfolgt (*Bsp.: Taube lernt, das Picken nach Futter (spontanes Verhalten) an einen visuellen Stimulus zu koppeln, wenn sie dafür jedes Mal (kontingent) in Form von Futterkörnern eine Belohnung erhält*)
- Regelmäßige Verstärkung/Bestrafung: wenn jeder Reaktion ein Verstärker folgt
- Intermittierende Verstärkung/Bestrafung: nicht auf jede Reaktion folgt eine Verstärkung → langsamer Lernprozess, höhere Reaktionsrate, größere Lösungsresistenz

Bsp. Agoraphobie

Zwei-Faktoren-Modell von Mowrer und Mowrer (z.B. U-Bahn und Angst im Sinne der Klassische Konditionierung verknüpft → operante Konditionierung: Vermeidung mit negativer Verstärkung)

Abb. 13.13 Klassische Konditionierung. Durch gleichzeitiges Präsentieren von UCS und CS werden diese während der Konditionierung gekoppelt. Danach wird auch bei CS die gleiche Reaktion (CR) gezeigt, die vorher durch UCS alleine hervorgerufen wurde.

Quelle: [Kraemer S. Kognitive Verhaltenstherapie](#). In: [Leucht S, Förstl H](#), Hrsg. [Kurzlehrbuch Psychiatrie und Psychotherapie](#). 2. Auflage. Stuttgart: Thieme; 2018. doi:10.1055/b-006-160281



Behaviorismus

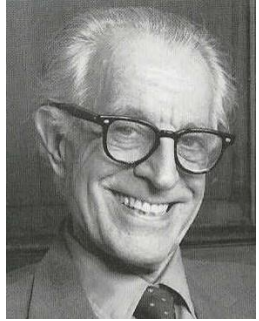
- **J.B. Watson** (einer der Begründer d. Behaviorismus) entwickelte die Arbeiten von Pawlow und Bechterew weiter → verstand sich in deren Sinne den naturwiss. Prinzipien verpflichtet
- **E.L. Thorndike: Gesetz des Effektes** → Erfolg einer Handlung führt dazu, dass die Auftretenswahrscheinlichkeit der Handlung beim Individuum steigt
- **C.L. Hull: Verstärkungstheorie** → umfassendes lerntheoretisches Konzept →
- Reiz (Stimulus) gilt als Hinweis für den Organismus und sorgt gemeinsam mit dem Trieb für eine Reaktion i.S. eines Verhaltens → führt ein Verhalten dazu, dass der Trieb befriedigt werden kann: Reiz mit dem Verhalten i.S. eines Verstärkers gekoppelt

Kognitive Wende

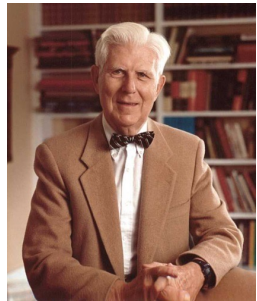


Kognitive Wende

- auch die **inneren Prozesse** beachtet (reflexives Bewusstsein)
- gedankliche Abläufe rückten ins Zentrum der Aufmerksamkeit
- Verhalten in Verbindung mit **Wahrnehmung, Selbstkontrolle, Bewertungsprozessen, Zielen, Erwartungen, Lernerfahrungen**
- **Mentalisierung** – Teil des reflexiven Bewusstseins → sozialer Kontext z.B. in Form antizipierter Erwartungen eingeführt
- Verhalten nicht durch Reize selbst bestimmt \leftrightarrow durch Wahrnehmung, Interpretationsprozesse und Lernerfahrungen (**kognitive Schemata**)



Albert Ellis (1913-2007)
klinischer Psychologe &
Psychotherapeut,
„Grandfather“ der Kogn. Therapien

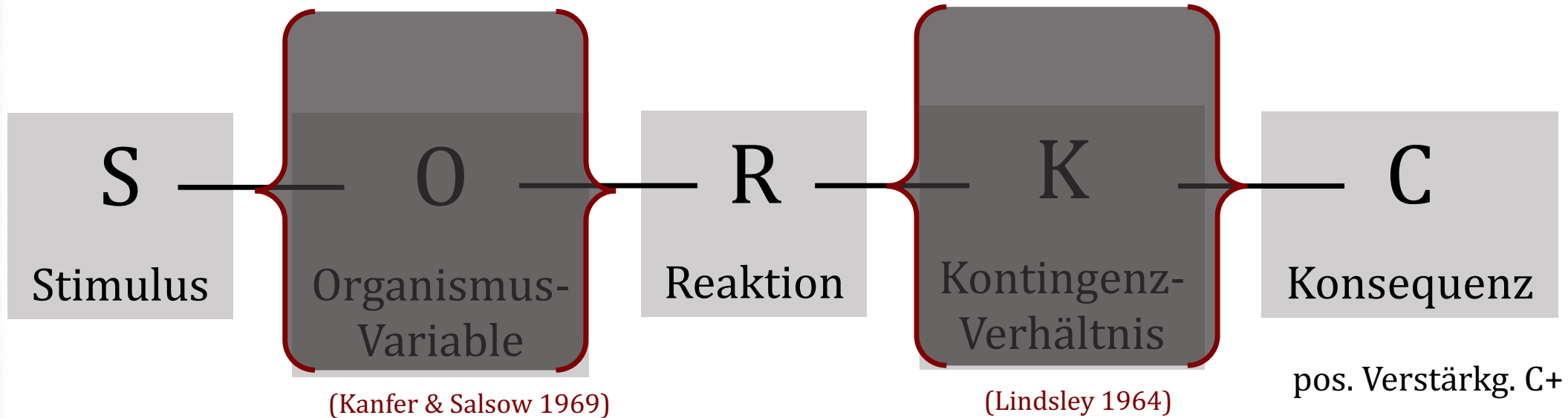


Aaron T. Beck (1921-2021)
amerikanischer Psychiater &
Psychotherapeut "Vater der
kognitiven Verhaltenstherapie

Verhaltenstherapie: Kognitive Therapie – Techniken

- **Selbstinstruktion** (Meichenbaum und Schattenburg 2003)
- Besonderheiten der individuellen Info-Verarbeitung sind über **Kommunikation** erschließbar („*Sokratischer Dialog*“) → kognitive Umstrukturierung mit **sokratischem Dialog** und **Realitätsprüfung** (Beck 1991, Markgraf und Schneider 2009)
- **ABC-Schema** (Ellis 1991) (*Activating Event [Reiz] – Belief [Bewertung] – Consequence [Verhalten]*)
- **Lernen am Modell** (Bandura 2003)

Verhaltensgleichung (Kanfer et al. 2006)

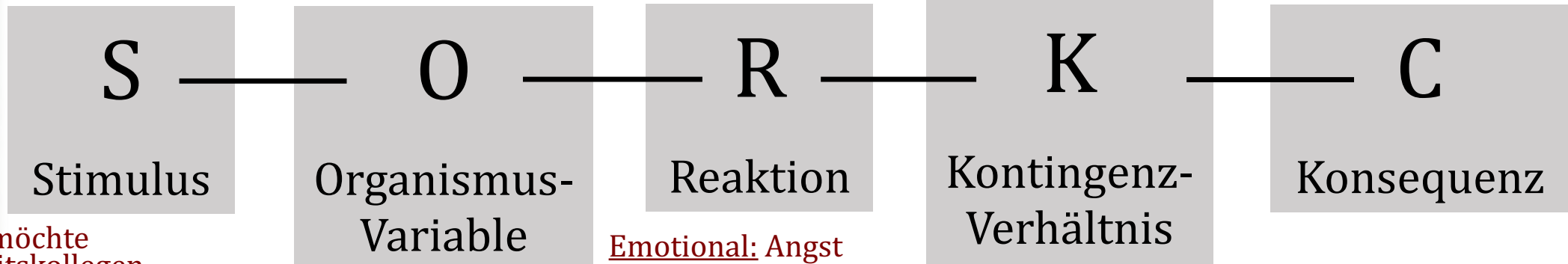


mit der kognitiven Wende ergänzt sich das Reiz-Reaktion-Schema des Behaviorismus um die **Organismusvariable** → individuelle biologische und lerngeschichtliche Veranlagungen und Prägungen

pos. Verstärkg. C+
neg. Verstärkg. ~~C-~~
indirekte Bestrafg. ~~C-~~
direkte Bestrafg. C-

Verhaltensgleichung – Bsp.

Ängstlich-vermeidende PS,
wenig Selbstwirksamkeits-
überzeugung



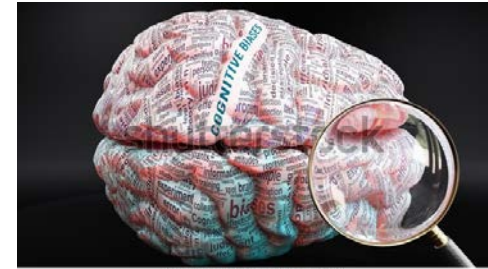
Pat. möchte
Arbeitskollegen
ansprechen und mit im
auf Kaffee gehen

Emotional: Angst
Kognitiv: „der wird mich
bestimmt ablehnen“,
„mich mag keiner“
Verhalten: Rückzug
Physiologisch:
muskuläre Anspannung

kurzfristig: Angstreduktion ~~∅~~
langfristig:
✓ dysfunktionale Kognitionen können nicht
überprüft werden C-
✓ Verstärkerverlust ~~∅~~
✓ Freundin tröstet sie, redet ihr gut zu,
kümmert sich um sie C+

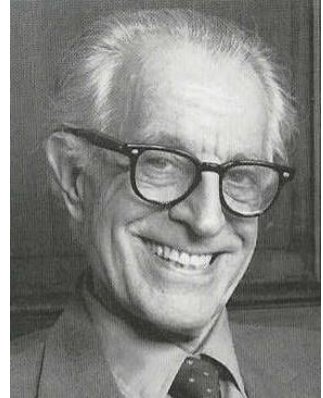
Kognitive Umstrukturierung

- Beschreibung der kognitiven Umstrukturierung dysfunktionaler Gedanken bereits bei Albert Ellis und Aaron T. Beck zu finden
- bis dato **zentraler Behandlungsbaustein** der Mehrzahl **moderner störungsspezifischer Manuale der KVT**
- Erhebung dysfunktionaler Kognitionen über die **Analyse zentraler konkreter Problemsituationen** als hilfreich erwiesen



Rational-emotive Verhaltenstherapie (Albert Ellis)

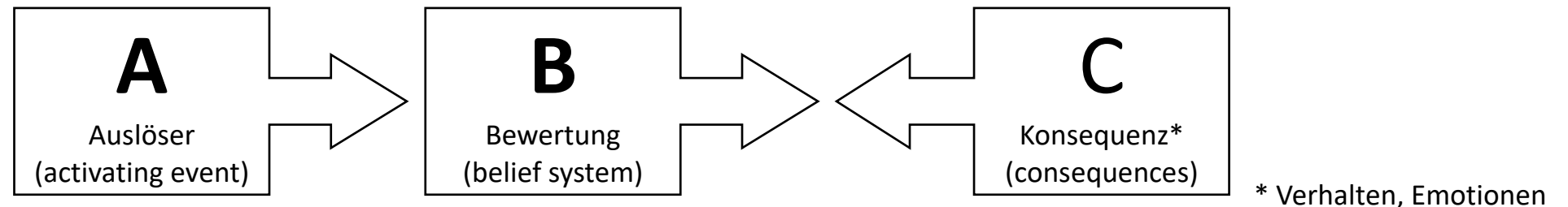
- Rational-Emotive Therapie (RET, seit 1993 auch Rational-Emotive Verhaltenstherapie REVT)
- älteste der drei kognitive-psychologischen Behandlungsansätze
- von A. Ellis in 1950iger-Jahren entwickelt
- wichtigster Ausgangspunkt war Auseinandersetzung mit klassischer Psychoanalyse



Albert Ellis (1913-2007)
klinischer Psychologe &
Psychotherapeut,
„Grandfather“ der Kogn.
Therapien

Durchführung der kognitive Umstrukturierung: Identifikation & Modifikation dysfunktionaler Kognitionen

- Erhebung dysfunktionaler Kognitionen über die Analyse zentraler konkreter Problemsituationen als hilfreich erwiesen →
- z.B. **ABC-Schema** nach Ellis



- **auslösende Situation A (activating event)** führt nicht unmittelbar zu **Konsequenzen C (consequences)** auf der Ebene von **Emotionen und Verhalten** → **Bewertungen B (belief system)** einer Person

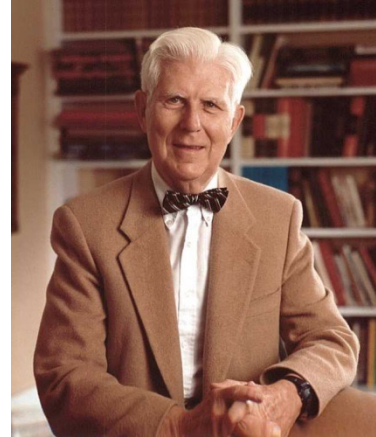
Durchführung der kognitive Umstrukturierung: ABC-Modell – Bsp.

A	B	C
Meine beste Freundin sagt am Telefon unsere Verabredung ab.	1) ich bin ihr nicht wichtig! 2) ich werde sie verlieren!	1) Traurigkeit 2) Angst
	B' wir sind schon lange Freunde, 1) deshalb vermute ich, ich bin ihr wichtig 2) und daher ist es unwahrscheinlich, sie gerade jetzt zu verlieren	C' gelassen bleiben! mich mit ihr erneut verabreden! etwas anderes unternehmen!

(modifiziert nach Brakemeier & Jacobi 2017)

Kognitive Therapie nach Beck (Aaron T. Beck)

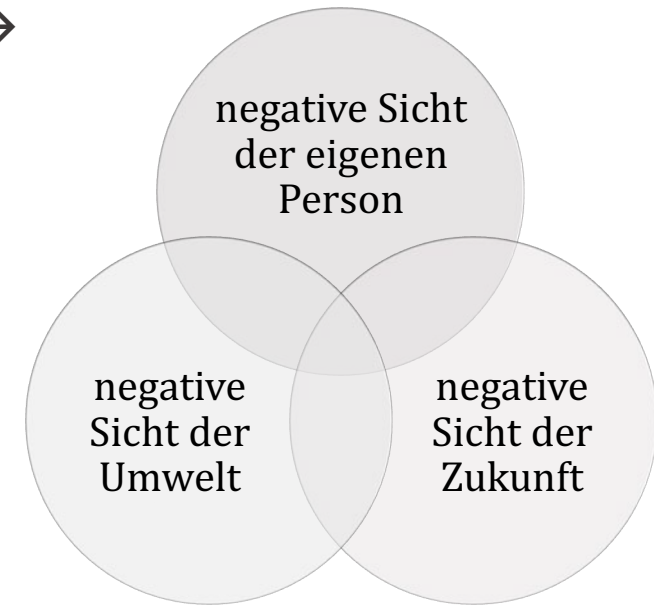
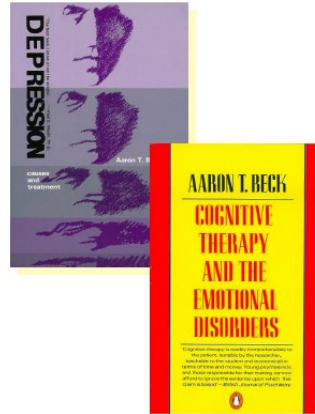
- erarbeitet theoretischen Ansatz in Auseinandersetzung mit den Positionen der klassischen Psychoanalyse (war zunächst Psychoanalytiker)
- Ansatz einer „Kognitiven Therapie“ Ende der 1950er/Anfang 1960er-Jahre vorgestellt
- war (im Unterschied zu Ellis) in Forschung tätig und später Professor für Psychiatrie → primär der wissenschaftlichen Psychologie und Psychiatrie verpflichtet ↔
- sehr ähnliche Hypothesen basierend auf seinen empirischen Forschungsergebnissen



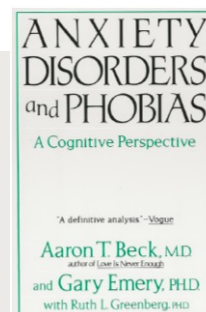
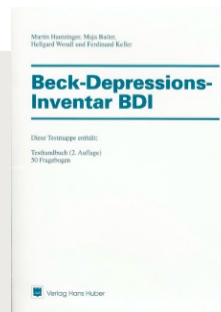
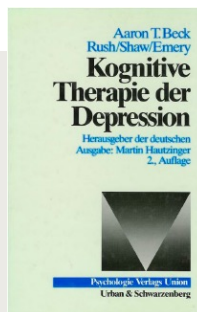
Aaron T. Beck (1921-2021)
amerikanischer Psychiater &
Psychotherapeut "Vater der
kognitiven Verhaltenstherapie"

Identifikation dysfunktionaler Kognitionen: Ansatz von Beck

- fokussiert auf anti-empirische Kognitionen, d.h. verzerrte Sicht der Realität
- Ansatz am Bsp. der **Depression** entwickelt (1977, 1979) →
- im Zentrum der Depression: **kognitive Triade** →
- übertrug später seinen Ansatz auch auf
 - ✓ Angststörungen (1985),
 - ✓ Persönlichkeitsstörungen (1990),
 - ✓ Abhängigkeitserkrankungen (1993)



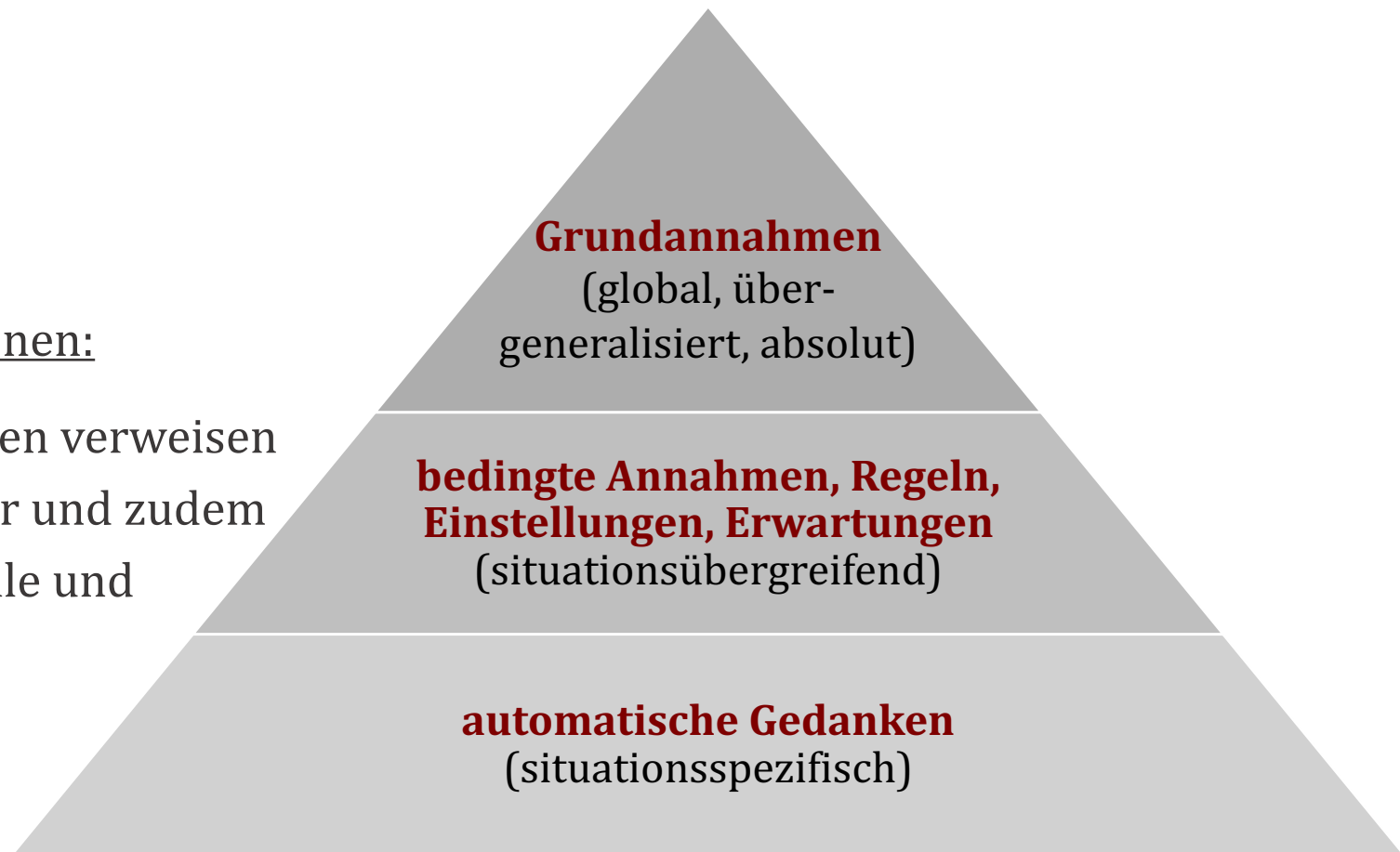
modifiziert nach Beck (1991)



Identifikation dysfunktionaler Kognitionen: Ansatz von Beck

hierarchische Struktur
dysfunktionaler Kognitionen:

Gedanken auf allen Ebenen verweisen
dabei logisch aufeinander und zudem
auf entsprechende Gefühle und
Verhalten



kognitiven Fehler laufen automatisiert i.S. **automatischer Gedanken** vor dem
Hintergrund individueller depressiogener **Grundannahmen** ab

Identifikation dysfunktionaler Kognitionen: Ansatz von Beck

hierarchische Struktur
dysfunktionaler Kognitionen – Bsp.:

in der Folge könnte Pat. Kontakt mit
Freundin meiden, sich in der Arbeit
sehr anstrengen (um Respekt der
Kollegen zu verdienen)



Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Stress (S)

- Probleme bei Stressbewältigung (Coping)
- soziale Interaktionsschwierigkeiten
- Häufung von Life-events (Alltagsprobleme, Schicksalsschläge)

Vulnerabilität (V)

- genetische Faktoren (Veranlagung)
- somatische Faktoren (körperliche Läsionen)
- psychosoziale Faktoren (Lebensgeschichte)

a

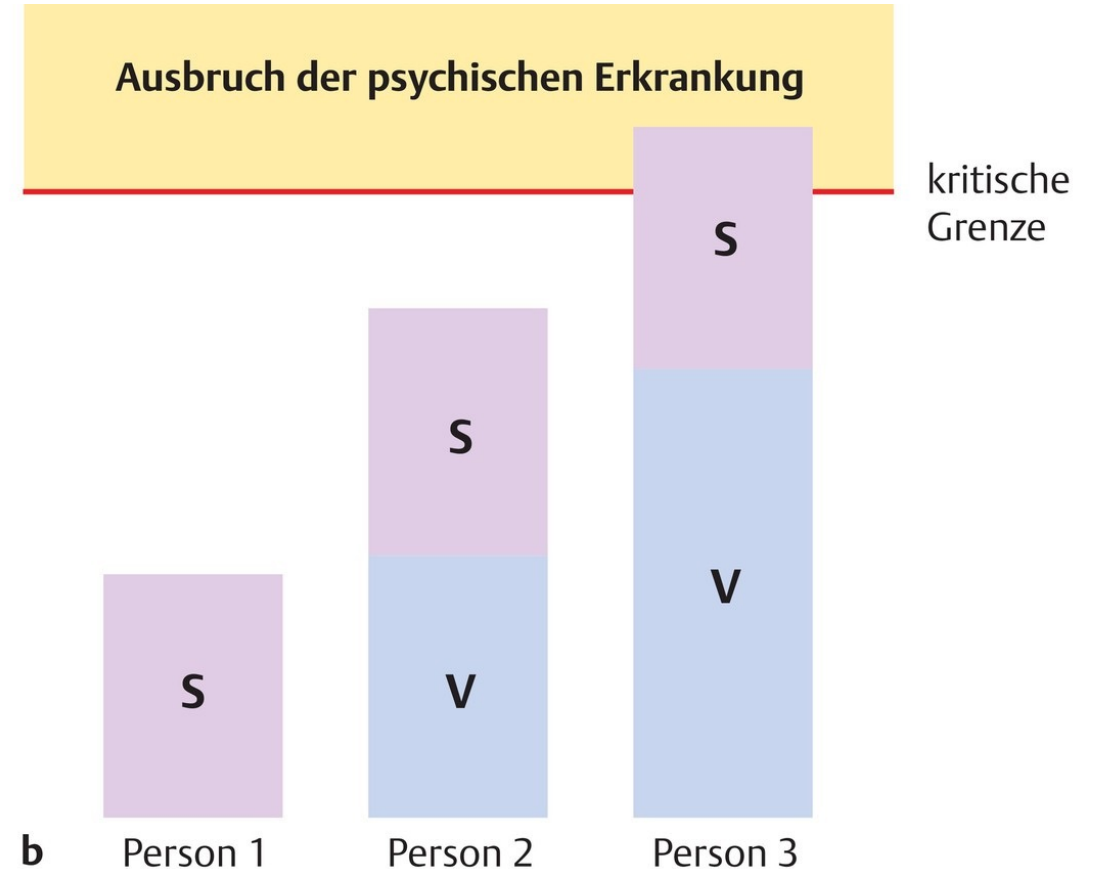


Abb. 1.2 Vulnerabilitäts-Stress-Modell. a Wesentliche Bestandteile der beiden Elemente. b In Abhängigkeit vom Ausmaß der Vulnerabilität des Individuums (Personen 1 bis 3: keine bis stark ausgeprägte Vulnerabilität) wird bei – in diesem Beispiel – jeweils gleichbleibendem Stresspegel die kritische Grenze zum Ausbruch der psychischen Erkrankung erst bei Person 3 überschritten.

Quelle: [Leucht S. Epidemiologie](#). In: [Leucht S, Förstl H](#), Hrsg. [Kurzlehrbuch Psychiatrie und Psychotherapie](#). 2. Auflage. Stuttgart: Thieme; 2018. doi:10.1055/b-006-160281

Ziele der Kognitiven Therapie

- ✓ **negative automatische Gedanken** kontrollieren
- ✓ **Zs.hänge zw. Denken, Fühlen und Handeln** erkennen
- ✓ **Beweise für und gegen Annahmen** prüfen
- ✓ **Dysfunktionale Kognitionen** durch angemessenere ersetzen
- ✓ **Überzeugungen, die Erfahrungen verzerren**, erkennen und verändern

Gedankenprotokoll → wenn unangenehmes Gefühl, Situation notieren, die dieses Gefühl ausgelöst hat

Situation	Emotion(en)	Automatische(r) Gedanken	Rationale Antwort(en)	Ergebnis 1-100
1. aktuelles Ereignis, das zum neg. Gefühl geführt hat, oder 2. Gedankenstrom, Tagträume oder Erinnerungen, die zum neg. Gefühl geführt haben	1. geben sie an, ob sie traurig, ängstlich, ärgerlich, usw. waren oder sind 2. schätzen sie die Intensität von 0-100 ein	1. notieren sie automatische Gedanken, die den Gefühlen vorangingen 2. geben sie ihre Überzeugung in den/die Gedanken in 0-100% an	1. schreiben sie eine rationale Antwort zu einem automatischen Gedanken nieder 2. geben sie Maß ihrer Überzeugung von 0-100% an	1. schätzen sie erneut ihre Überzeugung i.d. Gedanken ein, 0-100% 2. geben sie nochmals die Intensität der Emotion an, 0-100

(modifiziert nach Mitmansgruber 2019)

Modelllernen (stellvertretendes Lernen) – n. Bandura

- **Imitation des Verhaltens** einer anderen Person (**Modell**)
- schon mit 2 Jahren beginnen sich die Kinder mit ihren Bezugspersonen zu identifizieren → Imitation von Verhaltensweisen: stellt Nähe her, spielerisches Probehandeln
- in empirischer Arbeit konnte Bandura u.a. zeigen, dass eine in vivo Beobachtung der Beobachtung in einem Film überlegen ist, oder präsentiertes Modell nicht zu kompetent, sondern sich an das Zielverhalten annähernd zeigen sollte
- **Therapeut/in als Modell:** z.B. Training sozialer Kompetenz, Rollenspiele, Konfrontation mit angstauslösenden Situationen

Verhaltensexperimente

- besondere Form der empirischen Disputation
- **explorativ** („was passiert eigentlich, wenn....?“) oder **hypothesegeleitet** („stimmt es eigentlich, dass...?“)

nach Grad der aktiven Beteiligung der/s Pat.:

- **aktive Verhaltensexperimente** → Pat. testet in simulierter oder realer Situation seine Hypothesen
- **Beobachtungsexperimente** → Pat. eher passiv als Beobachter oder “Datensammler“



Kognitive Verhaltenstherapie: 7-Phasen-Modell der Selbstmanagement-Therapie (Kanfer et al. 2006)

1. **Eingangsphase** – Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen
2. Aufbau von **Veränderungsmotivation** & (vorläufige) Auswahl von Änderungsbereichen
3. **Verhaltensanalyse**
4. Klären & Vereinbaren therapeutischer **Ziele**
5. **Planung**, Auswahl und Durchführung spezieller Methoden (als Mittel zum Ziel)
6. **Evaluation der Fortschritte**
7. **Endphase** – Erfolgsoptimierung & Abschluss der Beratung/Therapie

Emotionale Wende – „Dritte Welle“



Emotionale Wende – „Dritte Welle“

- Beck stellt Zusammenhang zwischen „Distress“ (seelischem Schmerz) und Veränderung von Wahrnehmung und kognitiven Prozessen her \leftrightarrow auf der Interventionsebene nur wenige Techniken und Methoden zur Beeinflussung dieser Aspekte
- 90iger Jahre des 20. Jhd. **stärkere Berücksichtigung** u.a. der
 - **therapeutischen Beziehung**
 - **individuellen Entwicklungsgeschichte**
 - **emotionaler Aspekte**

Emotionale Wende – „Dritte Welle“

- Dialektisch behaviorale Therapie (Heards & Linehan 2005)
- Akzeptanz- und Commitment-Therapie (Eifert 2011)
- Schematherapie (Young et al. 2005)
- Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (McCullough und Schramm 2006)
- usw.

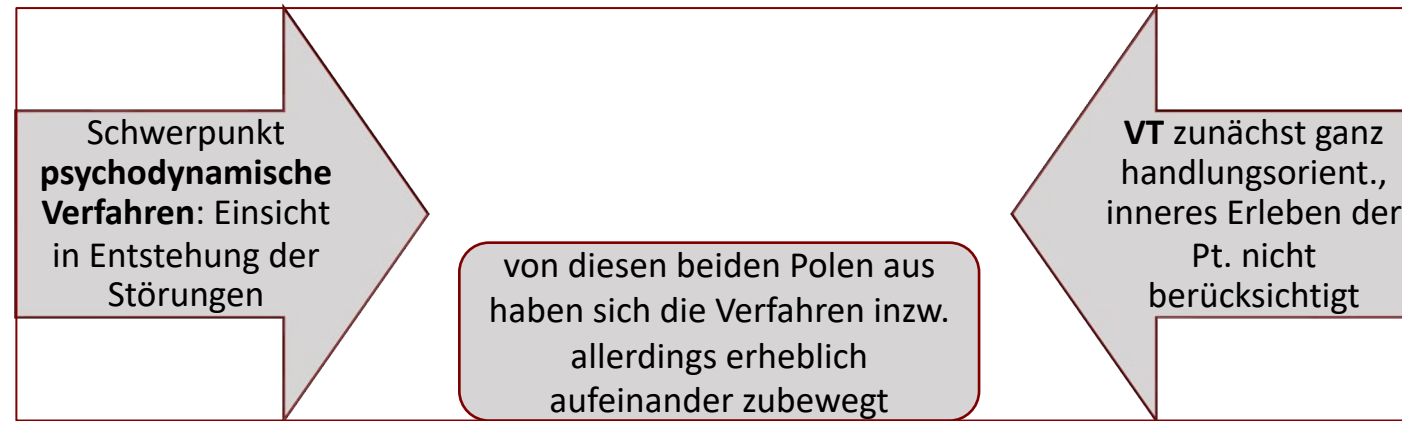
Entwicklung von der KVT zur Schematherapie

- entwickelt von **Dr. Jeffrey Young**
- 1. Veröffentlichung des Schemamodells im Jahre 1990
- als klinischer Psychologe wird J. Young zunächst von Joseph Wolpe in VT, anschließend von Aaron Beck in KVT ausgebildet
- während seiner Tätigkeit in Becks Center for Cognitive Therapy (Philadelphia) stellt er große Schwierigkeiten bei der Anwendung der KVT in der Behandlung von **Achse-II-Störungen (Persönlichkeitsstörungen)** fest
- Beginn seiner Forschung während der 1980er Jahre; Adaption der KVT, um Persönlichkeitsstörungen effektiver behandeln zu können

Entwicklung von der KVT zur Schematherapie

- in der Auseinandersetzung mit der Gestalttherapie erkennt er die Bedeutung der **Aktivierung emotionaler Prozesse** in der Psychotherapie (innere Dialoge, Arbeit mit mehreren Stühlen)
- Wichtigkeit der **Beziehungsgestaltung** in der Psychotherapie
- Bedeutung der **frühen Beziehungserfahrungen** bei der Entwicklung psychischer Störungen
- **Erweiterung von Becks Schemakonzent** als kognitives Verarbeitungsmuster. Fokus auf **emotionale und physiologische Schemaanteile**

Entwicklung von der KVT zur Schematherapie



- Klaus Grawe (1994): optimale Psychotherapie eine Verbindung der durch die beiden Hauptverfahren repräsentierten Grundorientierungen + Qualität therapeutischen Beziehung → Schematherapie = die von Grawe gewünschte Verbindung zw. den beiden großen Therapieschulen
- 4 Wirkfaktoren die in Psychotherapie verwirklicht werden sollten:
 - 1) Ressourcenaktivierung
 - 2) Problemaktualisierung
 - 3) Problemklärung
 - 4) Problembewältigung

Emotionale Grundbedürfnisse (J. Young et al. 2003, 2005)

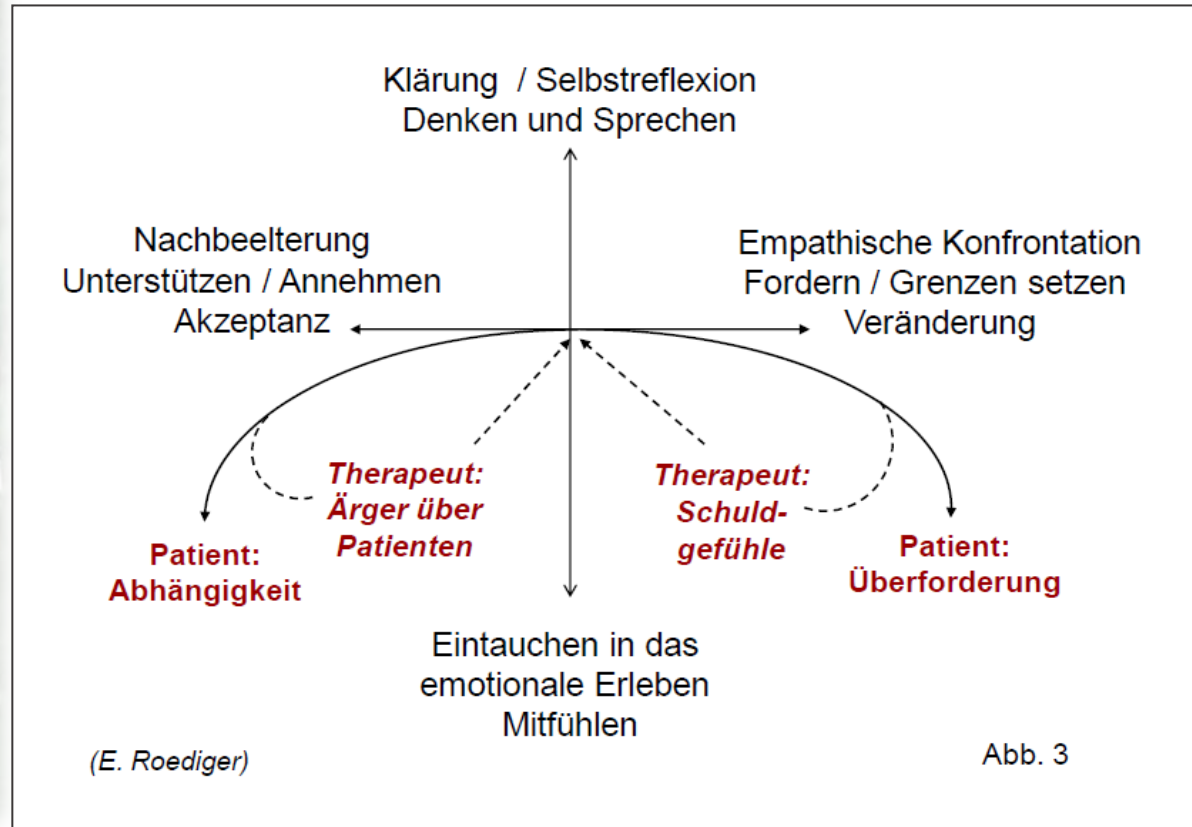
1. **sichere** affektive **Bindung** zu anderen Menschen (Grawe: Bindungsbedürfnis)
2. **Autonomie, Kompetenz** und Identitätsgefühl (Kontrolle und Orientierung nach außen)
3. **realistische Grenzen** (Kontrolle und Orientierung nach innen)
4. Freiheit, Bedürfnisse u. Emotionen zu äußern (**Selbstwerterhöhung** und **Selbstverwirklichung**)
5. **Spontaneität** und **Spiel** (Lusterhöhung/Unlustvermeidung)



Schema-Domänen – Grundbedürfnisse

Nr.	Schema	Domäne	Grundbedürfnis
1	Emotionale Vernachlässigung	Abgetrenntheit & Ablehnung	Bindung
2	Verlassenheit / Instabilität (im Stich gelassen)		
3	Misstrauen / Missbrauch		
4	Isolation		
5	Unzulänglichkeit		
6	Erfolgslosigkeit / Versagen	Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung	Kontrolle nach außen (Autonomie)
7	Abhängigkeit / Inkompetenz		
8	Verletzbarkeit		
9	Verstrickung / unentwickeltes Selbst	Beeinträchtigung im Umgang mit Begrenzungen	Kontrolle nach innen
10	Anspruchshaltung / Grandiosität (besonders sein)		
11	unzureichende Selbstkontrolle / Selbstdisziplin		
12	Unterwerfung / Unterordnung	Fremdbezogenheit	Selbstwerterhöhung
13	Aufopferung		
14	Streben nach Zustimmung und Anerkennung (Beachtung suchen)		
15	Emotionale Gehemmtheit	übertriebene Wachsamkeit und Gehemmtheit	Lust/ Unlustvermeidung
16	Überhöhte Standards (unerbittliche Ansprüche)		
17	Negatives hervorheben		
18	Bestrafungsneigung		

Beziehungsgestaltung in der Schematherapie



„**limited reparenting**“ – Balance zwischen **begrenzter elterlicher Fürsorge** im Sinne von bindungsfördernder Akzeptanz und Unterstützung einerseits, und **empathischer Konfrontation** (maßvolle Grenzsetzungen und Forderungen)

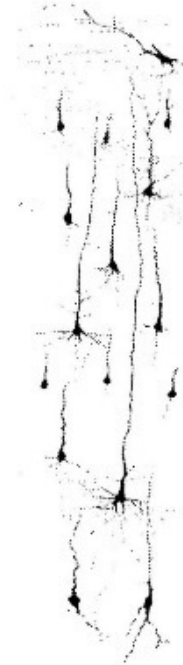
E. Roediger (2016) Schematherapie. Grundlagen, Modell und Praxis. 3. Auflage, Schattauer.

Schema – Modus

- aus neurobiolog. Perspektive korrespondiert subjektives bzw. objektiv beobachtbares Erleben mit synchroner Aktivierung eines spezifischen Neuronenverbands → Grawe: „**neuronales Erregungsmuster (NEM)**“
- ein solcher momentaner Erlebenszustand mit seiner kognitiven, emotionalen, vegetativen und handlungsimpulsierenden Komponente ist Ausdruck der Aktivierung eines oder mehrerer **Schemata** → diesen explizierten Aktivierungszustand nenne Young et al. (2005) einen **Modus**
- **Schemata** selbst sind also **nicht direkt, sondern nur in ihrer aktivierten Form als Modus beobachtbar**

Schema – Modus

- **Neuroplastizität** = Fähigkeit des Nervensystems, auf **intrinsische oder extrinsische Stimuli** mit **Reorganisation von Struktur, Funktion und Verbindungen** zu reagieren (Cramer et al. 2011, Castren & Hen 2013)
- „**Neurons that fire together wire together**“ (Donald Hebb 1949): Zellen die gemeinsam feuern bilden engere synaptische Verbindungen (Kandel 1989) → **“Schema“** ist ein anderes Wort für diese starren Verbindungen



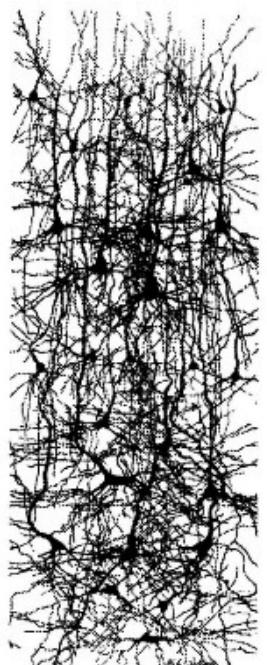
Newborn



1 month

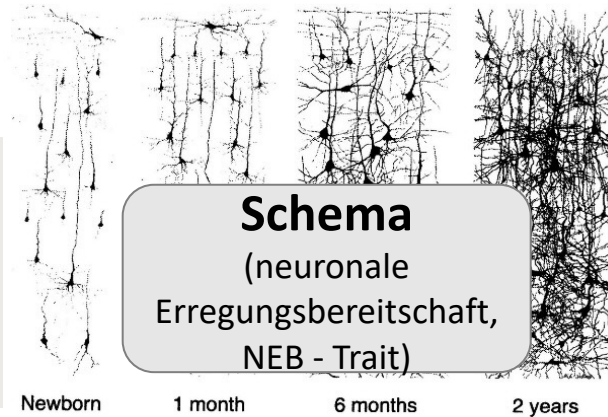


6 months



2 years

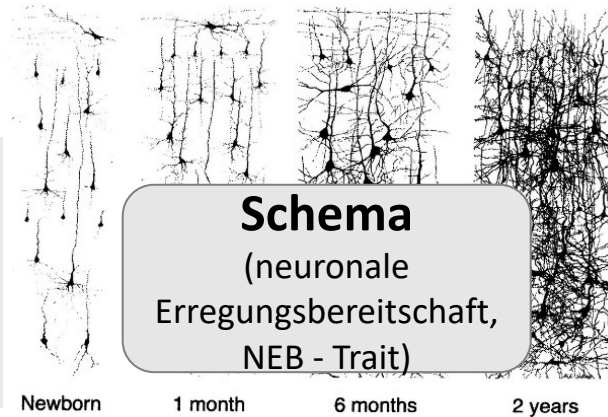
Schema – Modus



Schema – Modus



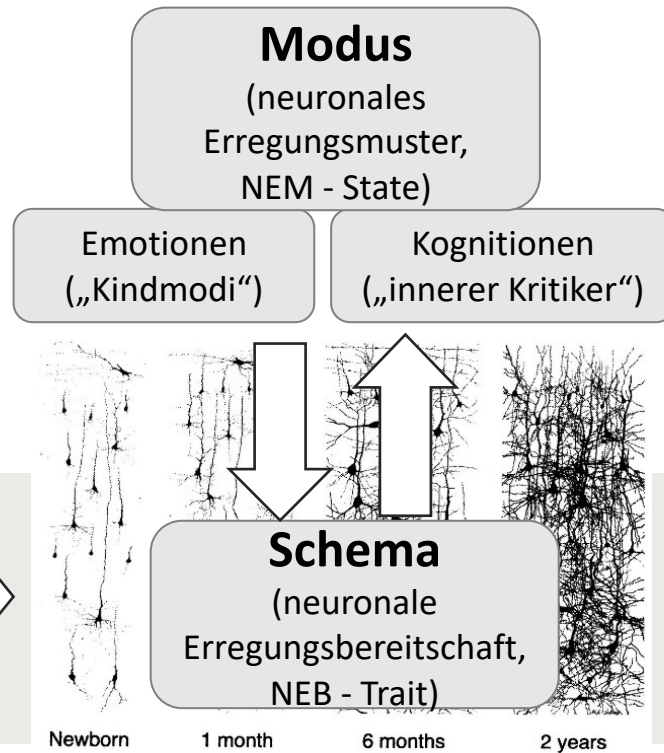
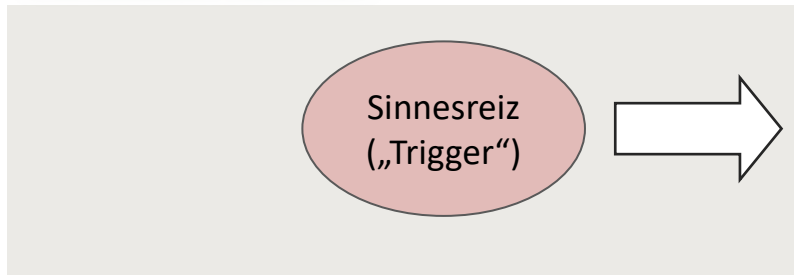
Sinnesreiz
(„Trigger“)



SIGMUND FREUD
PRIVATUNIVERSITÄT
WIEN



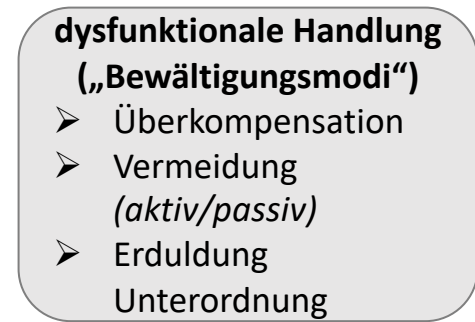
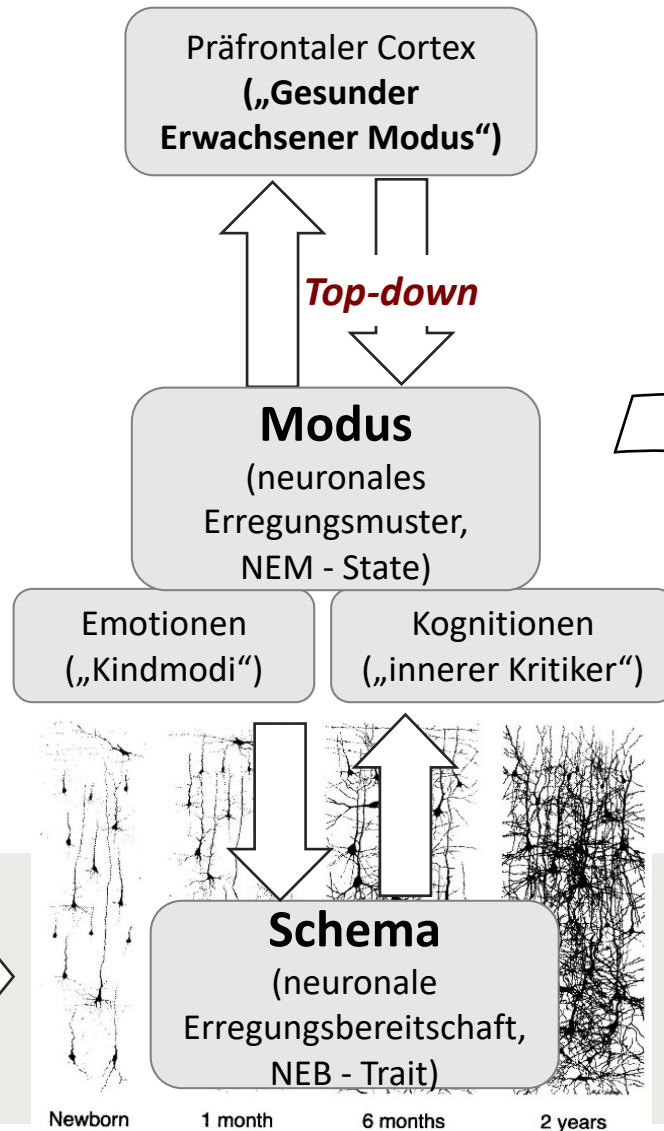
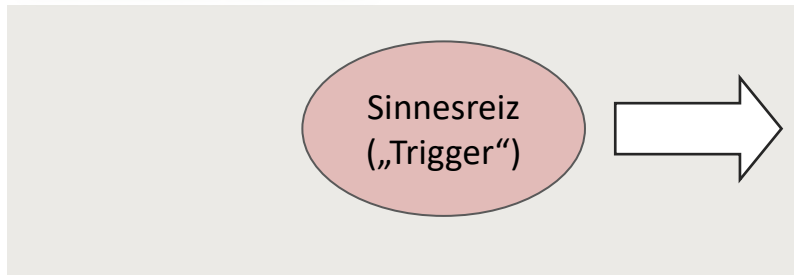
Schema – Modus



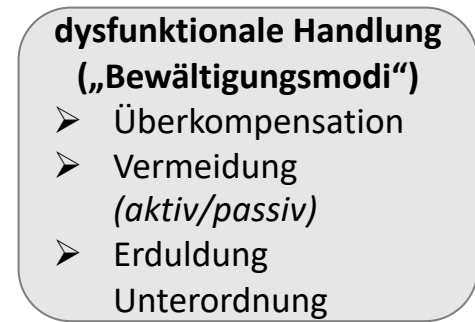
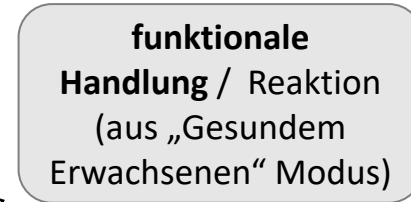
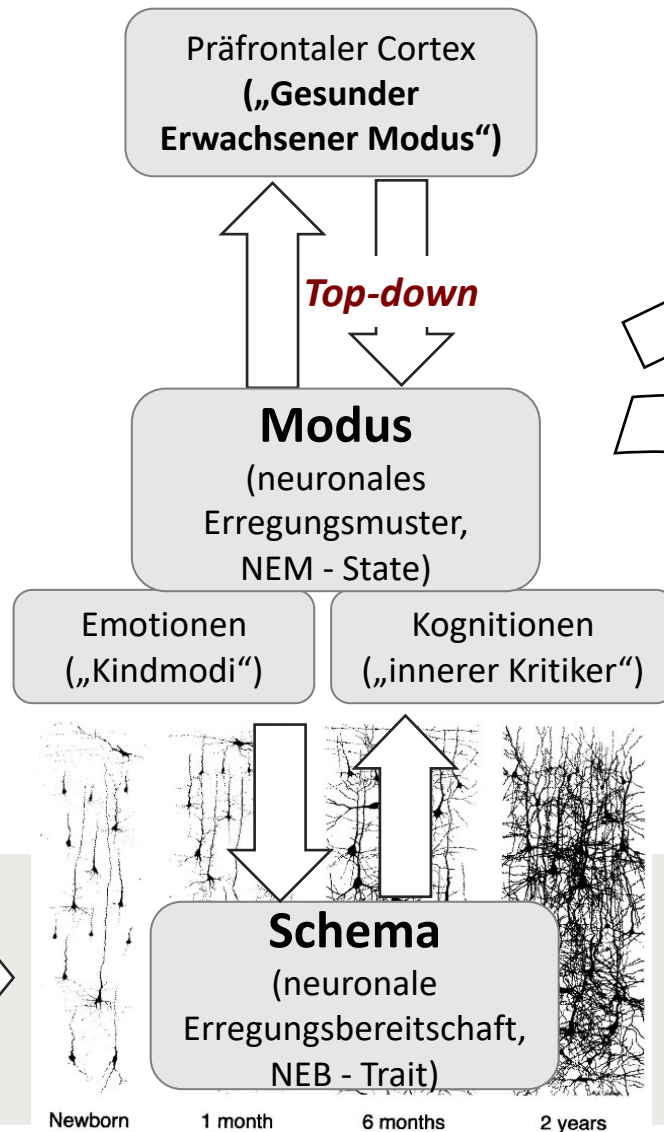
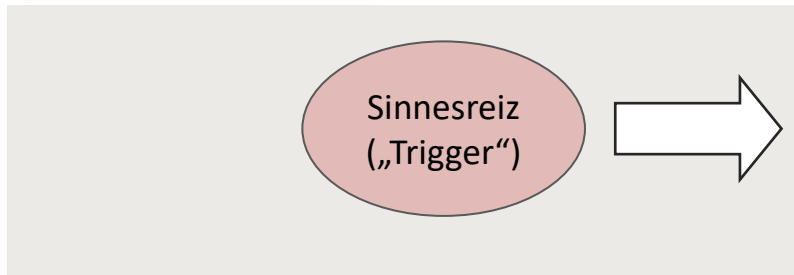
Schema – Modus



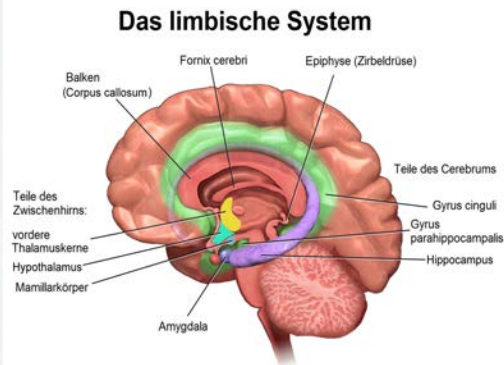
Schema – Modus



Schema – Modus

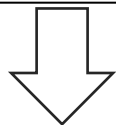


Schema – Modus



Quelle: WIKIMEDIA COMMONS

Mindfulness



Präfrontaler Cortex
(„Gesunder
Erwachsener Modus“)

**funktionale
Handlung / Reaktion**
(aus „Gesundem
Erwachsenen“ Modus)

Top-down

Modus
(neuronales
Erregungsmuster,
NEM - State)

Emotionen
(„Kindmodi“)

Kognitionen
(„innerer Kritiker“)

dysfunktionale Handlung
(„Bewältigungsmodi“)

- Überkompensation
- Vermeidung
(aktiv/passiv)
- Erduldung
Unterordnung

Sinnesreiz
(„Trigger“)



Schema
(neuronale
Erregungsbereitschaft,
NEB - Trait)

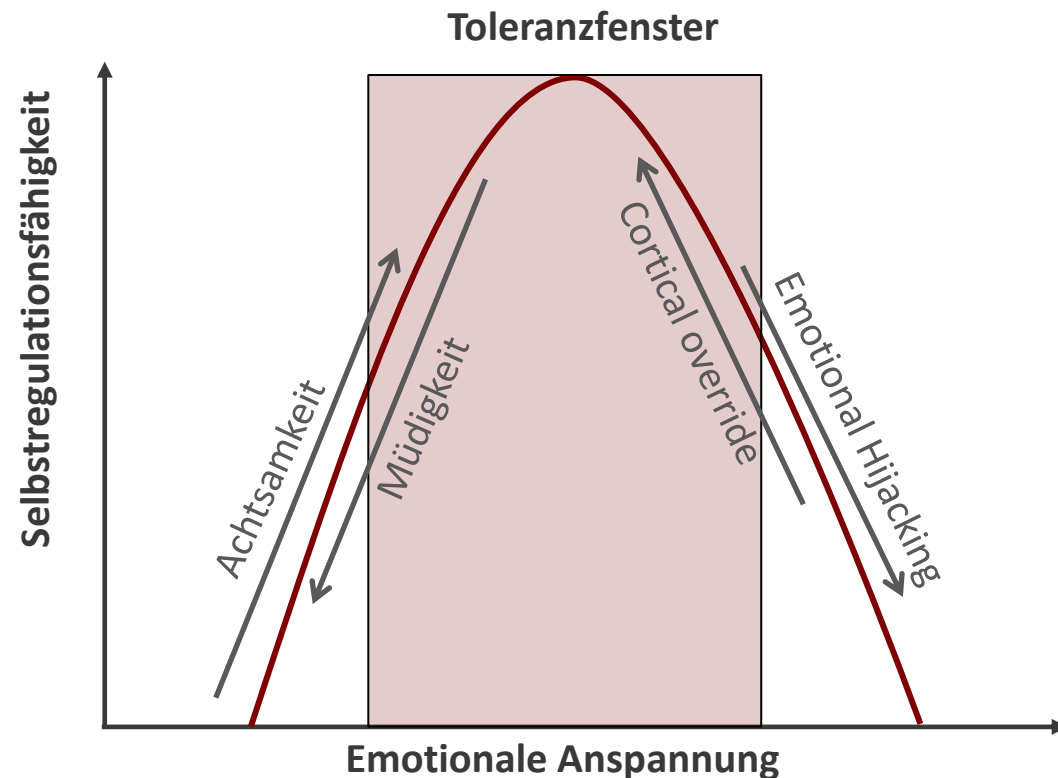
Newborn

1 month

6 months

2 years

Emotionales Toleranzfenster nach Yerkes-Dodson-Gesetz



- Toleranzfenster markiert den **Bereich** einer **hohen, bewusst gesteuerten Selbstregulationsfähigkeit**
- Ausdehnung des Toleranzfensters abhängig von:
 - konstitutionell angelegten Temperamenteigenschaften
 - Niederschlägen früherer Beziehungserfahrungen
 - aktueller physiologischer Zustand (*Müdigkeit, Alkohol, usw.*)
 - selbst aufgebaute Selbstreflexions- und Regulationsfähigkeiten

modifiziert nach: E. Roediger (2016) Schematherapie.
Grundlagen, Modell und Praxis. 3. Auflage, Schattauer.

Imagination

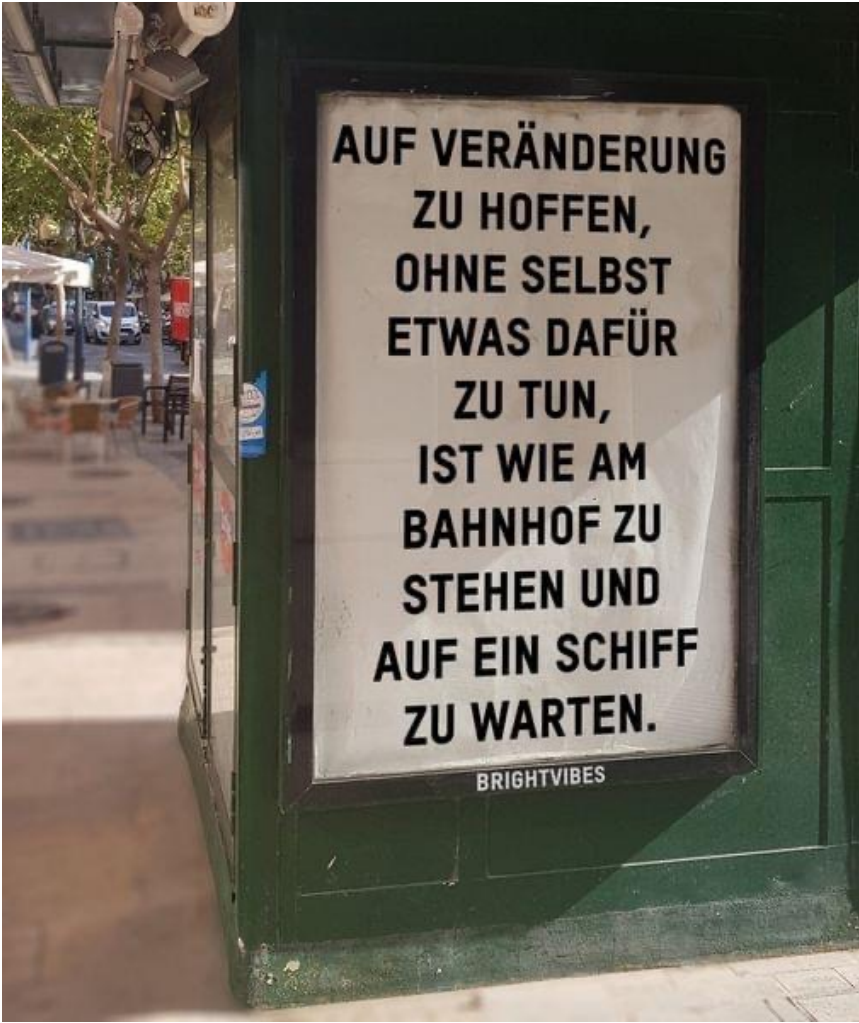
- **stabilisierende** bzw. **ressourcenstärkende** Imagination
- kurze **diagnostische** Imaginationsübung (zu Therapiebeginn)
- klärende und verändernde Imaginationsübungen (**Imagery Rescripting**)
- Imagination zur Vorbereitung einer Verhaltensänderung (**Lösungsimagination**)
- das emotionale Erleben vertiefende Kurzimagination in der Übungsphase

Stühlearbeit in der Schematherapie

- Arbeit mit Stühlen lange Tradition: 1973 beschrieb Fritz Perls (Begründer der Gestalttherapie) Übungen mit leeren Stühlen & Stühledialoge

Stühlearbeit in der Schematherapie:

- Training von **“Modus-Bewusstsein“**
- Training **„Gesunder Erwachsener Modus“** (*Selbstregulation, Einübung konkreter in den Alltag übertragbarer Strategien*)



AUF VERÄNDERUNG
ZU HOFFEN,
OHNE SELBST
ETWAS DAFÜR
ZU TUN,
IST WIE AM
BAHNHOF ZU
STEHEN UND
AUF EIN SCHIFF
ZU WARTEN.

BRIGHTVIBES

Danke für ihre Aufmerksamkeit !

alexandra.schosser@mail.sfu.ac.at