

FPI-Publikationen – Wissenschaftliche Plattform “Polyloge“

GraduierungsArbeiten

zur "Integrativen Therapie" und ihren Methoden

Aus der Europäischen Akademie für bio-psycho-soziale Gesundheit,
Naturtherapien und Kreativitätsförderung
sowie dem "Fritz Perls Institut für Integrative Therapie"

1972 – 2022 > 50 Jahre FPI und 40 Jahre EAG > Integrative Therapie, Agogik,
Kulturarbeit und Öko-care

01 / 2024

Die Anschlussfähigkeit der Schematherapie an die Integrative Therapie – Konnektivierende Perspektiven und Differenzen*

*Manuel Steccanella, Zürich***

Herausgegeben durch den Prüfungsausschuss der „Europäischen Akademie für
biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“:

*Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. päd. Waldemar Schuch, MA,
Dipl.-Päd. Ulrike Mathias-Wiedemann, Bettina Mogorovic, MSc.*

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Redaktion: *Ulrike Mathias-Wiedemann*, NN, Wefelsen 5, D - 42499 Hückeswagen

e-mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de

Copyrightinweis: Mit der Veröffentlichung gehen sämtliche Verlagsrechte, insbesondere das der Übersetzung, an die FPI-Publikationen, D-40237 Düsseldorf. Auch der Auszugsweise Nachdruck bedarf der schriftlichen Genehmigung.

* Aus der „Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und Integrative Therapie“ (SEAG). Die SEAG bietet u.a. eine akkreditierte Postgraduale Weiterbildung für Integrative Psychotherapie an. Wissenschaftliche Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Dr. phil. Katharina Rast-Pupato, lic. phil. Lotti Müller. mailto: info@integrative-therapie-seag.ch; oder: info@eag-fpi.de, Information: www.integrative-therapie-seag.ch,

** Postgraduale Weiterbildung „Integrative Psychotherapie“; GutachterInnen/BetreuerInnen: Prof. Dr. Hilarion G. Petzold / Ulrike Mathias-Wiedemann, Dipl.-Päd.

Inhalt

1 EINLEITUNG: HINTERGRUND UND FRAGESTELLUNG

- 1.1 Geschichte und Hintergrund der Schematherapie. Erste These.**
- 1.2 Grundprinzipien der IT. Zweite These.**
- 1.3 Praxeologie. Dritte These.**

2 DAS SCHEMAMODELL

- 2.1 Das Schema in der Schematherapie**
- 2.2 Modi in der Schematherapie**
- 2.3 Der Schemabegriff in der Integrativen Therapie**
- 2.4 Theoretischer Hintergrund der Schematherapie**
- 2.5 Erste Kritik an der Schematherapie: Empirische Entwicklungspsychologie**
 - 2.5.1 Risikofaktoren, potenziell protektive Faktoren, Resilienzen

3 DIAGNOSTIK

- 3.1 Die Anfangsphase in der Schematherapie**
 - 3.1.1 Indikation
 - 3.1.2 Fallkonzeption
 - 3.1.3 Fragebögen
- 3.2 Zweite Kritik an der Schematherapie: Erzählungen als diagnostisches Material**
- 3.3 Dritte Kritik an der Schematherapie: Objektivitätsmythos und lineare Kausalität**
- 3.4 Diagnostik in der Integrativen Therapie**

4 THERAPIE

- 4.1 Ablauf der Schematherapie**
 - 4.1.1 Ziel der Schematherapie
 - 4.1.2 Das Phasenmodell
 - 4.1.3 Imaginationsübungen
 - 4.1.4 Stühle in der Therapie
 - 4.1.5 Dauer und Abschluss der Therapie
 - 4.1.6 Grenzen der Veränderbarkeit
- 4.2 Das therapeutische Vorgehen in der Integrativen Fokalthherapie**

- 4.2.1 Therapeutischer Prozess
- 4.2.2 Therapeutische Ziele
- 4.2.3 Die vier Wege der Heilung und Förderung
- 4.2.4 Die 17 Wirkfaktoren der Integrativen Therapie
- 4.2.5 Emergenz

4.3 Die drei Wirkmechanismen nach *Wampold, Imel & Flückiger*

5 PRAXEOLOGIE UND WERTHALTUNGEN

6 PERSÖNLICHE ERFAHRUNGEN MIT DER SCHEMATHERAPIE IN DER INTEGRATIVEN PRAXIS

7 SCHLUSSFOLGERUNGEN

8 ZUSAMMENFASSUNG / SUMMARY

9 ANHANG

9.1 Interview: 18 Schemata mit kindlichem Erleben, 5 Domänen (frustrierte Bedürfnisse)

9.2 Moduslandkarte

10 LITERATURVERZEICHNIS

1 Einleitung: Hintergrund und Fragestellung

Die Integrative Therapie ist ein relativ junges psychotherapeutisches Verfahren und steht an den Anfängen der «neuen Integrationsbewegungen» in der Psychotherapie, die Ende der 1960er Jahre begannen (*Petzold* 1974j, 1975a, 1982, 1992g) und zu deren frühesten Verfahren sie zählt. Jetzt nach 50 Jahren beginnt man, sich mit Verbindungen und Vergleichen mit anderen neuen Therapieansätzen systematischer zu befassen, Ansätzen wie der achtsamkeitsbasierten Therapie (*Sachscha* 2022; *Wöfle* et al. 2023) oder – wie im vorliegenden Beitrag – mit der Schematherapie. Von solchen Arbeiten sind nützliche Erkenntnisse zur Verbesserung von Wirksamkeit und sinnvollen Methodenkombinationen zu erwarten.

1.1 Geschichte und Hintergrund der Schematherapie. Erste These.

Die Schematherapie ist ein mittlerweile verbreitetes psychotherapeutisches Vorgehen der sogenannten dritten Welle der Verhaltenstherapie, das von *Jeffrey E. Young* entwickelt wurde. *Young* war nach seiner Ausbildung bei *Joseph Wolpe* enger Mitarbeiter von *Aaron Beck*. Bei der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen erkannte *Young* allmählich die Grenzen der kognitiven Verhaltenstherapie und erweiterte diese zuerst mit erlebnisaktivierenden Techniken aus der Gestalttherapie, v.a. in Form von Dialogen auf mehreren Stühlen und Imaginationsarbeit. Die Auseinandersetzung mit der Bedeutung von frühen Beziehungserfahrungen in der Pathogenese von strukturellen Störungen führte 1990 zur Veröffentlichung seines Schemamodells (*Young* 1990).

Bei der Erprobung des Schemamodells zeigte sich, "dass das Schemakonstrukt zu abstrakt und zu statisch war, um die rasch wechselnden emotionalen Zustände der Patienten optimal zu konzeptualisieren. Zudem zeigten besonders die Borderline-Patienten in so vielen Schemata Aktivierungen, dass sich daraus keine praktikable Fallkonzeption entwickeln liess. Daraufhin entwickelte *Young* mit Kollegen das 2003 publizierte Modusmodell (*Young* et al. 2003, deutsch 2005), das stärker auf die aktualisierte, innerseelische Konfliktdynamik der Patienten und deren Klärung und Bewältigung abzielt" (*Roediger* 2009, 1f). Im Modusmodell sind eindeutig Elemente aus der Transaktionsanalyse von *Eric Berne* zu erkennen, namentlich in den Kindmodi und den inneren Elternmodi (siehe 2.2). Die Transaktionsanalyse wiederum spiegelt die Auseinandersetzung *Bernes* mit der Psychoanalyse wider, so dass man *Bernes* Ich-Zustände (Erwachsenen-Ich, Eltern-Ich, Kind-Ich) als Brückenkonzepte zwischen Psychoanalyse und Schematherapie sehen kann (vgl. *Gamber* 2016).

Gemäss *Roediger* (2009, 2) macht diese Berücksichtigung psychodynamischer Variablen, in Kombination mit dem in der Verhaltenstherapie üblichen strukturierten Einsatz von Arbeitsblättern, Anleitungen für Hausaufgaben usw. "die Schematherapie zu einem Therapieansatz, der weitgehend das Anliegen von *Klaus Grawe* umsetzt, der für eine 'allgemeine Psychotherapie' genau diese Verbindung von Klärungsarbeit und Handlungsorientierung, eingebettet in eine tragfähige therapeutische Beziehung, fordert

(Grawe et al. 1994)". Trotz der integrativen¹ Ausrichtung der Schematherapie blieb diese aber im deutschsprachigen Raum in die Verhaltenstherapie integriert.

Die Betonung der Bedeutung von frühen Beziehungserfahrungen bei der Entstehung psychischer Störungen kam unter anderem durch Erkenntnisse aus der Bindungsforschung und der Epigenetik zustande. Die Schematherapie versucht diese Beziehungserfahrungen in der Therapie gezielt zu aktivieren. Dies führt gemäss *Roediger* (2009) zur Forderung, "dass sich die verhaltenstherapeutische Arbeitsbeziehung abschnittsweise zu einer '**Arbeit in der therapeutischen Beziehung**' verändern muss" (4)². Ausserdem strebt die Schematherapie "Transparenz und Partizipation für die Patienten bei der medizinisch-therapeutischen Entscheidungsfindung" an. "In ihrer Beziehungsgestaltung erfüllt die Schematherapie diese modernen Forderungen nach einer partnerschaftlichen, kontraktualistischen (d.h. vertragsartigen) Beziehungsgestaltung bzw. dem sogenannten 'shared decision making'" (ebd.). Diese Absicht wird zum Beispiel in der Publikation des *Schematherapie-Patientenbuchs* von *Eckhard Roediger* (2015) deutlich, dass Patienten³ die aktive Mitarbeit in der Therapie erleichtern soll. Auf dieses Buch wird in der vorliegenden Arbeit immer wieder verwiesen, weil es auch therapeutische Haltungen der Schematherapie anschaulich darlegt und somit Einblicke in das Wertesystem dieses Verfahrens ermöglicht.

Vergleichen wir nun diesen kurzen Überblick über die Geschichte der Schematherapie mit der Entwicklung der Integrativen Therapie. *Osten* (2019) umreist das theoretische Fundament in komprimierter Form wie folgt:

"Der Entwurf der Integrativen Therapie geht in den Anfang der 1960er Jahre zurück. Sie entwickelte sich aus der Gestalttherapie von *Fritz Perls* (1944; *Perls, Hefferline & Goodman*, 1951), dem Psychodrama von *Jakob Moreno* (1937; vgl. *Iljine*, 1977), der 'aktiven Psychoanalyse' von *Sándor Ferenczi* (*Ferenczi*, 1982; *Ferenczi & Balint*, 1985) und frühen kognitiven lern- und stresstheoretischen Ansätzen (*Eysenck & Rachmann*, 1968; *Meichenbaum*, 1977). Mit Beginn der 1980er Jahre emanzipierte sie sich mehr von diesen Wurzeln und schlug den eigenständigen Weg der Entwicklung zu einer 'forschungsgegründeten Humantherapie' ein, in der modifizierte psychodynamische, moderne lern- und stresstheoretische, humanistische, systemische und kultursoziologische Ansätze miteinander verbunden wurden (vgl. *Petzold*, 2003a; *Osten*, 2011). Die Begründer des Verfahrens – *Hilarion G. Petzold*, *Ilse Orth*, *Hildegund Heini*, *Johanna Sieper* – sahen von

¹ Es ist nicht zu vermeiden, dass wir das Adjektiv "integrativ" manchmal wie an dieser Stelle im weiteren Wortsinn verwenden (z.B. "integrative Verfahren"), d.h. als Attribut, das auch die integrativen Verfahren der dritten Welle der Verhaltenstherapie einbezieht. Meistens bezieht es sich in dieser Arbeit aber auf den Ansatz von *Petzold*, *Sieper*, *Orth* und anderen (z.B. in Kombinationen wie "aus integrativer Sicht"). Immerhin ist in der Kombination "Integrative Therapie" durch den Grossbuchstaben (I) der Bezug auf letzteres Verfahren eindeutig.

² Die Schriftformatierungen/ Hervorhebungen in wörtlichen Zitaten sind wo nicht anders vermerkt den Originaltexten entnommen und *nicht* die Hervorhebungen des Verfassers.

³ Der Einfachheit halber wird in dieser Arbeit fast ausschliesslich das generische Maskulinum verwendet, das heisst es ist von "Patienten" und "Therapeuten" die Rede. Das ist nicht optimal, führt aber die Praxis der vielen zitierten Textstellen fort. Dem Verfasser liegt jegliche Diskriminierung fern. Genderspezifische Themen interessieren in dieser Arbeit (bis auf eine Ausnahme in Abschnitt 3.1.3) nicht.

Beginn an eine geisteswissenschaftliche Einbettung klinisch-empirischer Theorien vor (Kühn & Petzold, 1992; Petzold, Orth & Sieper, 2010a), um somit die therapeutische Praxis erkenntnistheoretisch, anthropologisch, phänomenologisch, leibtheoretisch und kulturphilosophisch mit sog. *large scale theories* zu fundieren. Letztere stellen die 'Integratoren' des Verfahrens dar" (Endnote 4 zu I.1, Literatur siehe dort). Petzold betont selbst die erforderliche Breite der Fundierung einer «Integrativen Humantherapie» (also nicht nur Psychotherapie), stellt seine Quellen ausführlich dar und begründet ihre Auswahl (Petzold 2002h, p). Für sie sind kultur-und sozialwissenschaftliche Wissensstände genauso erforderlich (Petzold, Mathias 1982; Petzold 2007a), wie klinisch-psychologische und entwicklungspsychobiologische Informationen «in the life span» (ders. 1994j; Sieper 2007b) auf dem Boden moderner neurowissenschaftlicher Erkenntnisse (Hüther, Petzold 2012; Petzold 2002j, Petzold, Michailowa 2008a; Stefan 2020).

Es fällt auf, dass in dieser Übersicht - neben weiteren Einflüssen - die Trias von Gestalttherapie, (aktiver) Psychoanalyse und neurowissenschaftlich-lerntheoretischen Ansätzen (Sieper, Petzold 2002) wie bei der Schematherapie eine Rolle spielt. Das wird auch im folgenden Schema deutlich, das H. G. Petzold schon 1974 in ähnlicher Form publizierte (Petzold 1974j, 304f.; 2003a, 64) und über die Jahre natürlich vertiefend ausgearbeitet wurde, denn «Psychotherapien entwickeln sich» (Sieper et al. 2021):

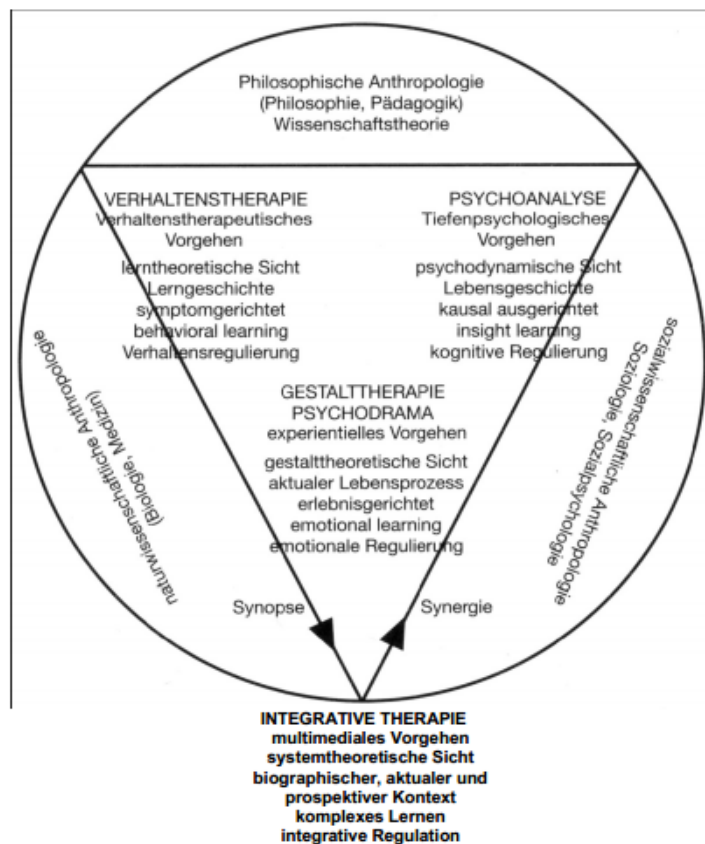


Abbildung: Systemverbund durch Synopse und Synergie (Petzold et al. 2016n, 5)

Dieses Diagramm führt uns zu einer ersten These für den Vergleich der beiden Therapieformen:

1. These: Die Integrative Therapie (IT) und die Schematherapie (ST) sind zwei integrative Verfahren, die in zentralen Bereichen beide aus den gleichen drei Quellen geschöpft haben, nämlich 1. aus humanistischen Verfahren wie dem Psychodrama und der Gestalttherapie, 2. psychodynamischen Ansätzen und 3. Verhaltenstherapie bzw. Lerntheorien. Diese Überschneidungen lassen bestimmte Gemeinsamkeiten im therapeutischen Vorgehen erwarten.

1.2 Grundprinzipien der IT. Zweite These.

Nach der Darstellung erster Gemeinsamkeiten in der Entstehung von Schematherapie und IT sollen nun schrittweise die Unterschiede aufgezeigt werden. Dazu werden im Laufe dieser Arbeit verschiedene Grundprinzipien der Integrativen Therapie formuliert, nämlich:

1. Herakliteische Orientierung, Transversalität, Transgressionen (→1.2)
2. Empirische, longitudinale Entwicklungspsychologie (*lifespan developmental approach*) und Salutogenese (→2.5)
3. Leiborientierung als "Hermeneutik vom Leibe her" und Zwischenleiblichkeit (→ 3.3)
4. Ko-respondenz (→3.3)
5. Anthropologische Grundformel (→4.2.2)

Diese Liste stammt als solche nummerierte Aufstellung nicht aus der Literatur der Integrativen Therapie, sondern dient in der vorliegenden Arbeit der Übersichtlichkeit. Die Liste ist nicht abschliessend und die einzelnen Punkte sind nicht trennscharf, sondern es bestehen zwischen ihnen vielfältige theoretische Bezüge. Das erste Grundprinzip, das hier dargestellt werden soll, wird zu unserer zweiten These führen:

Grundprinzip 1 der IT: Herakliteische Orientierung, Transversalität, Transgressionen

Die Integrative Therapie durchzieht auf allen ihren theoretischen Ebenen eine "Philosophie des Weges", das heisst die Erkenntnis, das alles Leben und auch seine Beschreibung in ständigem Wandel begriffen ist. Diese Haltung wird auch als **herakliteische Orientierung** bezeichnet, mit Verweis auf den vorsokratischen Philosophen Heraklit von Ephesos und seine Flussmetapher: Alles fließt (altgriechisch *panta rhei* / πάντα ῥεῖ). "Die Integrative Therapie versteht sich [...] als forschungsgegründete Form konnektivierender, schulenübergreifender und an der longitudinalen Entwicklungspsychobiologie ausgerichteter *Humantherapie*, die in ihrer Entwicklung

prinzipiell als nicht abgeschlossen gilt, sondern im **Fluss der Forschung** neue Erkenntnisse aufnehmen sowie zum Teil überholte auch korrigieren kann" (Petzold, 2011; Leitner, 2010; zit. nach Osten 2019, Hervorhebung von mir).

Mit der Metapher des Flusses sind die Begriffe der **Transversalität**, der **Transgression** und **Transformation** verbunden. Jemand, der bereit ist, "die Vielfalt des Lebens zu durchqueren mit einer Offenheit für Veränderung, mit einer *transversalen Grundhaltung*", der überschreitet sich selbst "*in sich selbst hinein und in die Welt hinein* zu den Anderen hin" (Petzold 2003a, 75).

Dieses ständige Durchqueren der Welt und die Bereitschaft für Veränderung sind nicht nur mit dem Namen Heraklit verbunden. **Nietzsche** zum Beispiel hat den heraklitischen Gedanken der Transgression in besonderer Weise entwickelt (Petzold 2003a, 75). Und durch ihre Anfänge im Paris der Sechzigerjahre hat die Integrative Therapie gesellschaftliche Strömungen und das philosophische Gedankengut jener Zeit aufgenommen und sich von Beginn an als Ansatz "kritischer Kulturarbeit" (ebd.) verstanden. Auf die vielen Referenztheoretiker, die hier gemeint sind, kann hier nicht eingegangen werden. Als Beispiele für bedeutende Einflüsse seien hier nur die Diskursanalyse Michel Foucaults und die Destruktion von Jacques Derrida erwähnt, welche im kritischen Umgang mit psychotherapeutischen Dogmen und Mythen spürbar sind (siehe zum Beispiel Petzold & Orth 1999a: Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis).

Eine solche Offenheit in Forschung und Praxis ist eine permanente Herausforderung: "Sich in komplexer Weise mit Komplexität zu befassen und zu versuchen, sie ohne grobe Verkürzungen und Ausblendungen hinreichend zu strukturieren, um 'Positionen auf Zeit' zu finden, ist eine zentrale Aufgabe, die sich uns in der 'transversalen Moderne' stellt. Sie gelingt nicht immer und muss dennoch immer wieder aufs Neue in Angriff genommen werden" (Petzold, Orth & Sieper 2017, 1).

Der IT ist das Verständnis von Therapie als Prozess transversaler Moderne ein zentrales Anliegen und mit folgenden Positionen verbunden:

- 1. die heraklitisches Grundposition des fortwährenden Wandels eines pluralen Seins (ontologische Position)
- 2. die multisensorische und mehrperspektivische Phänomenwahrnehmung (phänomenologische Position)
- 3. die exzentrische Reflexivität und Interpretativität (hermeneutische Position)
- 4. das Ko-respondenzmodell der Konsens-/Dissensprozesse über Wahrgenommenes, Reflektiertes, Interpretiertes (sozialkonstruktivistische Position).
- 5. experimentell-naturwissenschaftlicher Objektuntersuchung (kritisch reduktionistische Position)

Mit dieser letztgenannten Position wird im Integrativen Ansatz die Realität prinzipiell unabschließbarer Prozesse affirmiert. Das reduktionistische Vorgehen ist sich dabei seiner Grenzen kritisch bewusst" (Petzold 2005r/2010, 15).

Die Positionen 2-4 werden später in dieser Arbeit wieder aufgenommen. Die bisherigen Ausführungen genügen aber, um für den Vergleich von Schematherapie und Integrativer Therapie eine zweite These zu formulieren, die lautet:

2. These: Für die Integrative Therapie ist eine Haltung kennzeichnend, die unter anderem mit Begriffen wie "heraklitisches Orientierung", "Prozess transversaler Moderne", "kritische Kulturarbeit", "Transgression" und "Transformation" umrissen werden kann. Dieser grundsätzlich kritische und offene Ansatz fehlt in der Schematherapie, welche trotz integrativen Tendenzen im verhaltenstherapeutischen Paradigma verankert ist, völlig. Der Vergleich von ST und IT stößt deshalb auf zwei grundsätzliche Probleme: 1. Die beiden Therapieansätze verwenden unterschiedliche philosophische und sprachliche Bezugssysteme, die sich nur bedingt vergleichen lassen. 2. Die theoretische Reichweite der IT ist umfassender, oder: die ST weist im Vergleich mit der IT theoretische Leerstellen auf.

1.3 Praxeologie. Dritte These.

Wir werden sehen, dass die Lebensgeschichte des Patienten in beiden zur Diskussion stehenden Therapieverfahren eine wichtige Rolle spielt - was nicht weiter erstaunt. Jedoch erfolgt der Zugang der Schematherapie zur Vergangenheit anders als in der Biografiearbeit der IT:

3. These: In Bezug auf biografisches Material gehen die Schematherapie und die Integrative Therapie methodisch gegenläufig vor.

Die ST arbeitet eher **deduktiv**: Die lebensgeschichtlichen Schemata werden sehr früh in der Therapie erfasst und in kaum veränderter Form im Laufe des Prozesses immer wieder aufgerufen. Durch Erlebnisaktivierung sollen die Schemata in der Aktuelsituation aktiviert und bearbeitet werden.

Der Zugang der IT (prototypisch in der Integrativen fokalen Kurzzeittherapie, *Petzold, Orth 2013a, 985-1050*) hingegen ist eher **induktiv**: Die Erlebnisaktivierung hat von Anfang an einen zentralen Platz in der Arbeit. Es wird im Therapieprozess laufend die Phänomenologie der Aktuelsituation erfasst und in Ko-responsenz hermeneutisch erschlossen. Dadurch entstehen biografische Narrative, die sich laufend differenzieren. Ein endgültiges Schema gibt es nicht. Das diagnostische Beschreiben ist mit dem therapeutischen Verändern verschränkt.

Oder, wie es *Hilarion G. Petzold* ausdrückt: "Die IT geht [...] von den klinischen und lebensweltlichen **Phänomenen** aus und versucht sie mit dem Patienten in **gemeinsamer Hermeneutik** auszuloten, um unter Rückbindung an neurowissenschaftliche Konzepte pathogene **und** salutogene **Strukturen** auszumachen" (persönliche Mitteilung 2023).

Praxeologische Verbindungen zwischen den beiden Verfahren lassen sich leichter in der **Modusarbeit** herstellen. Die "Moduslandkarte" der Schematherapie zum Beispiel (Roediger 2015, 144, siehe Anhang 9.2) ermöglicht einen flexibleren Zugang zur psychischen Dynamik als das Schemakonzzept und wird deshalb dem Denken der Integrativen Therapie eher gerecht.

2 Das Schemamodell

2.1 Das Schema in der Schematherapie

Für die Darstellung der Konzepte und der Arbeitsweise der Schematherapie stützen wir uns in dieser Arbeit vorwiegend auf zwei Publikationen von Eckhard Roediger, nämlich zum einen auf das Lehrbuch *Praxis der Schematherapie. Grundlagen - Anwendung - Perspektiven* (Roediger 2009), und zum anderen auf das aufschlussreiche Schematherapie-Patientenbuch *Raus aus den Lebensfallen!* (Roediger 2015).

Roediger (2009, 5/47) definiert ein **Schema** mit Bezug auf Grawe (1998) und Edelman (1987) als "neuronales Erregungsmuster" (NEM), oder bildlich gesprochen als "geronnene Lebenserfahrung":

"Ein Schema entsteht als 'Fussabdruck' in dem neuronalen Netz des Gehirns als Folge lang anhaltender, starker emotionaler Erregung. Wenn in einer bestimmten Situation eine Gruppe von Nervenzellen stark erregt wird, verbinden sich diese Nervenzellen stärker miteinander und bilden eine fest verbundene neuronale Gruppe. Aus einem vorübergehenden Erregungszustand (in der Schematherapie ein *Modus* genannt) wird ein bleibendes Schema" (Roediger 2015, 23).

Oder anders ausgedrückt: "Ein Schema bildet in diesem Sinne den fixierten Niederschlag früherer Beziehungserfahrungen in der neuronalen Matrix; bei einer erneuten Aktivierung lässt es das alte Erleben mit einer unter Umständen unbewusst handlungsleitenden Tendenz wieder entstehen." Und zur Dysfunktionalität von Schemata: "Schemata wirken als Wahrnehmungsfilter, vermindern die Fähigkeit, sich neu auf Situationen einzustellen, und führen dadurch zu stereotypen Reaktionen." (Roediger 2009, 6)

Wichtig ist nun die Unterscheidung von Schemata und Modi: "Die Schemata machen den Menschen geneigt, im Sinne der früheren Beziehungserfahrungen zu handeln. Die Handlung selbst ist aber *ausdrücklich nicht* Teil der Schemata, sondern der Bewältigungsreaktionen bzw. der Modi. Dadurch ist es möglich, Schemata zu aktivieren und von den angestossenen Handlungsimpulsen zu trennen. ... Im Sinne dieses Konzepts muss letztlich nicht die Aktivierung der Schemata verhindert, sondern nur der unmittelbare, unmodifizierte Einfluss des aktivierten Schemas auf das Verhalten unterbrochen werden" (Roediger 2009, 6).

Maladaptive Schemata entstehen nach Young (2005) als Reaktion auf nicht angemessen befriedigte Grundbedürfnisse. Er unterscheidet fünf solcher Grundbedürfnisse, nämlich: 1. Sichere Bindung zu anderen Menschen, 2. Kontrolle nach aussen, d.h. Autonomie, Leistung, Selbstwirksamkeit, 3. Selbstkontrolle, Grenzsetzungen, Selbstdisziplinierung,

4. Selbstwerterhöhung und Selbstentwicklung, 5. Lust und Freude, Unlust-Vermeidung (Roediger 2015, 29-44; Roediger 2009, 51-52)⁴.

Die sogenannten **fünf Domänen** ergeben sich durch die Frustration dieser Grundbedürfnisse:

- "1. Abgetrenntheit und Ablehnung
2. Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung
3. Beeinträchtigung im Umgang mit Begrenzungen
4. Übertriebene Aussenorientierung und Fremdbezogenheit
5. Übertriebene Wachsamkeit und Selbsthemmung" (Roediger 2009, 52).

Die Schematherapie postuliert dann drei Bewältigungsstile oder Bewältigungsreaktionen, die bei Schemaaktivierung grundsätzlich einsetzen können, nämlich: 1. Schema-Erduldung, 2. Schema-Vermeidung, 3. Schema-(Über-)Kompensation (Roediger 2015, 46).

2.2 Modi in der Schematherapie

Im Gegensatz zu den Schemata sind die **Modi** die "vorübergehenden Zustände des Erlebens, die durch Schemata ausgelöst werden" (Roediger 2015, 49). Diese Modi oder Erlebnisqualitäten der Schematherapie wurden in Anlehnung an die Ich-Zustände in der Transaktionsanalyse (Kind-Ich, Eltern-Ich und Erwachsenen-Ich) entwickelt (vgl. Gamber 2016, 345). Man kann wie folgt zwischen innerlich aktivierten Modi und den "äusserlich sichtbaren Reaktionen", d.h. den Bewältigungsmodi unterscheiden:

Innerlich aktivierte Modi

1. **Kindmodi**: spontane emotionale Reaktionen, entstehen durch die Aktivierungen der tieferen Hirnstrukturen und stellen unverarbeitete, sogenannte *basale Gefühlsreaktionen* dar, zum Beispiel Ärger, Angst, Ekel, Freude oder Trauer" (51). Beispiele sind das verletzbare, das ärgerliche/wütende, das impulsiv-undisziplinierte, aber auch das glückliche Kind.
2. **Innere Elternmodi**: Das sind "die von den verinnerlichten Elterninstanzen ausgehenden Bewertungen und Forderungen" (52), z.B. in der Form des inneren Antreibers oder des inneren Bestrafers.

Bewältigungsmodi

1. **Maladaptive Bewältigungsmodi**

- (a) Unterordnung: Dieser Modus zeichnet sich durch Anpassung oder Unterwürfigkeit aus.

⁴Young konzipierte die Grundbedürfnisse etwas anders als zum Beispiel Grawe. Bei Grawe (1998) werden vier Grundbedürfnisse genannt, nämlich 1. Bindung, 2. Kontrolle und Orientierung, 3. Selbstwertentwicklung / Selbstwerterhöhung und 4. Lust / Unlustvermeidung. Young war angeblich Grawes Systematik nicht bekannt (Roediger 2009, 52).

(b) Passive Gefühlsvermeidung: Das ist die Reaktionsweise des distanzierten Selbstbeschützers, der Kontakt und Emotionen vermeidet.

(c) Aktive Selbstberuhigung: Hierhin gehört der distanzierte Selbstberuhiger, der ebenfalls Kontakt vermeidet und sich mit Aktivitäten bis zur Sucht beruhigt.

(d) Überkompensation: Hierhin gehören Übertreiber oder Kämpfer, z.B. in der Form von Selbsterhöhen/Wichtigtuern, Manipulieren, Trickern, Angreifen, Zerstören oder zwanghaften Kontrolleuren (50).

2. **Integrierte Modi** (gesunde Erwachsenenmodi, plus evtl. das glückliche Kind)

Jedem der vier maladaptiven Bewältigungsmodi (a)-(d) entspricht eine integrierte Form. Das flexible Zusammenspiel der gesunden Erwachsenenmodi ermöglicht eine gesunde, hohe Funktionalität:

(a) Einordnen, Kooperieren (integrierte Akzeptanz)

(b) Zurückhalten, Abgrenzen (integrierte Distanzierung)

(c) Selbstfürsorge, Beruhigung (integrierte Selbstregulation)

(d) Selbstbehauptung, Fordern (integrierte Selbstbestimmung) (91).

2.3 Der Schemabegriff in der Integrativen Therapie

Der Schemabegriff hat in der Theorie der Integrativen Therapie eine weniger grosse Bedeutung. Ein Schema wird wie folgt definiert:

"Die Integrative Therapie sieht aufgrund ihrer informationstheoretischen Fassung des Struktur- bzw. Schemakzeptes Schemata nicht nur – wie die Kognitivisten - als kognitive Organisationseinheit, sondern als einen Begriff für alle möglichen Arten und Formen strukturiert organisierter Information: so wird von kognitiven, emotionalen, volitiven, motivationalen, somatomotorischen und interaktionalen Schemata gesprochen, die multidimensional zusammenwirken und dann ein Synergem bilden können, also eine relativ komplexe Struktur, für die Begriffe wie 'Stil' oder 'Narrativ' (Skript, komplexes Muster etc.) angemessener sind als der Schemabegriff, der hier in der Gefahr steht, überdehnt zu werden." (Petzold 2003e, 52)

Im dreibändigen Opus Magnum von Petzold (2003a) spielt der Schemabegriff einerseits im Rahmen der **Emotionstheorie** eine Rolle (S. 634f), andererseits wird das Schema oder Script im Kontext der **Dramen- und Szenentheorie** erwähnt. Die Kategorisierung von lebensgeschichtlichen Strukturen in eine beschränkte Anzahl von vordefinierten Schemata läuft dem Denken der IT diametral entgegen. Die IT unterscheidet die *Biosodie*, "den lebendig vollzogenen Lebensweg, die sich entwickelnde Lebenserzählung, das freie Spiel des Lebens" von der *Biografie*, "die im Leibgedächtnis aufbewahrte Lebensgeschichte" (Apfalter

et al. 2021, 21⁵; Petzold 2016n). Lebensgeschichtliche Strukturen können in einer Fixierung erstarrt sein, dann reden wir von "determinierender Biographie, von *Skriptfixierungen* oder *fixierenden Narrativen* ..., die sich im Sinne eines 'Wiederholungszwangs' reproduzieren und ... lebendige biosodische *Narrationen* verhindern" (Petzold, 2003a, 684). Das Konzept des Narrativs oder Skripts soll aber nicht "mit dem in der Transaktionsanalyse gebrauchten Script-Begriff (=Botschaft der Eltern oder wichtiger Bezugspersonen ...)" gleichgesetzt werden, "dessen verkürzenden Determinismus und dessen Simplifizierung komplexer Konstellationen ... wir ablehnen" (ebd.).

Im Rahmen der Emotionstheorie wird die Offenheit, Unvorhersehbarkeit oder Emergenz dieser Strukturen betont: Wir sprechen von "*emotionalen Stilen*" als komplexen Konfigurationen von Schemata, "*nicht-linearen Schemaketten mit multiplen Ko-respondenz-, Resonanz- und Evolutionsprozessen, deren Informationen netzartig verbunden werden und sich dadurch akkumulieren und nicht exakt voraussagbar transformieren können*" (Petzold, 2003a, 634). Der Zugang zu diesen Strukturen erfolgt im Therapieprozess in einer prozessualen, auf Ko-respondenz fussenden Hermeneutik.

Negative Sozialisationseinflüsse bzw. pathogene Stimulierungen können zu "pathologischen 'emotionalen Stilen' als komplexen Konfigurationen von Schemata" führen, z.B.

Gefühlsverwirrungen, Gefühlsarmut, Alexithymie, Ambivalenz, Inhibierung, Anästhesierung, Skotomisierung, Agitiertheit, emotionale Einseitigkeit, regressive Fixierung und Vernunft-Gefühl-Divergenz (ebd., 638f).

2.4 Theoretischer Hintergrund der Schematherapie

Roediger (2009) führt in seinem Schematherapie-Lehrbuch aus, dass Young und sein Team die maladaptiven Schemata aus der "langjährigen klinischen Beobachtung von Patienten heraus" formuliert hätten, die "faktorenanalytisch überprüft und revidiert wurden" (51). Die Schemata "bilden keine vollständige Systematik auf einer entsprechenden theoretischen Grundlage im Sinne einer Persönlichkeitstheorie, stellen aber mögliche Ansatzpunkte für die Therapie dar" (ebd.).

Im theoretischen Bezugsrahmen des Schemakonzpts spielen einerseits die bereits erwähnten Grundbedürfnisse bzw. deren Frustration eine wichtige Rolle. Dabei ist der Begriff der **Inkongruenzspannung** von zentraler Bedeutung: Damit ist der Konflikt zwischen verschiedenen Grundbedürfnissen gemeint, und bei diesem Thema übernimmt die Schematherapie viel Gedankengut aus der Psychoanalyse und der Entwicklungspsychologie

⁵ In dem nützlichen "Nachschlagewerk" von Apfalter (et al. 2021) "Grundbegriffe der Integrativen Therapie" werden diese Begriffe auf der Basis der Schriften der IT-Begründer (Petzold, Sieper, Orth) zusammengestellt in engem, oft wortwörtlichen Bezug auf die Originaltexte, die unter den Lemmata zitiert sind. Die referierten IT-Konzepte sind daher den UrsprungsautorInnen zuzuordnen – Lit.-Verweise werden hier deshalb noch hinzugestellt – und nicht als originäre Konzepte der HandbuchautorInnen zu betrachten, denen indes die kompakten Kompilationen und z. T. weiterführende Erläuterungen zu danken sind.

Jean Piagets. Roediger (2009, 47) schreibt: "Die Grundbedürfnisse lassen sich einer basalen Polarität und entsprechenden inneren Instanzen zuordnen: Das Bedürfnis nach Lust bzw. Selbstwerterhöhung kann einem 'inneren Kind' zugeordnet werden, das in einer tendenziell selbstzentrierten Weise versucht, sich auszuleben und zu entwickeln. Es versucht, die Welt im Sinne von *Piaget* (1976) 'alloplastisch' seinen Wünschen anzupassen. Das Bedürfnis nach Kontrolle und Bindung kann nachhaltig nur verwirklicht werden, wenn das Kind die Erwartungen und das Verhalten der Umgebung berücksichtigt. Dieser Umkreisbezug wird durch ein 'Elternintrojekt' gewährleistet, das versucht, Sicherheit und Stabilität im Leben zu garantieren und dafür auch bereit ist, auf Lust und Selbstwerterhöhung zu verzichten und sich 'autoplastisch' der Welt anzupassen. Hier deutet sich die psychoanalytische Polarität zwischen primärprozesshaften, lustorientierten Es-Impulsen und umweltorientierten, sekundärprozesshaften Über-Ich-Strukturen an". Man beachte, dass die konfliktiven Instanzen von Eltern und Kind in der Schematherapie horizontal (nebeneinander) formalisiert werden, und nicht wie in der Psychoanalyse hierarchisch (übereinander) gesehen werden (vgl. die Darstellung der Moduslandkarte, Anhang 9.2)

Auch die psychoanalytische "Identifikation mit dem Aggressor" kommt bei dieser dualen Konflikttheorie ins Spiel: "Um die **Inkongruenzspannung** zwischen den Erwartungen der Eltern und den eigenen Bedürfnissen nicht zu gross werden zu lassen, identifizieren sich die Kinder mit den Aussagen und Erwartungen der übermächtigen Eltern. Durch diese **Identifikation** werden die Grundbedürfnisse nach Bindung und Kontrolle gewährt" (Roediger 2009, 49). Oder: "Auf der einen Seite muss die Identifikation mit dem Aggressor bzw. der 'Verrat' an Teilen der Grundbedürfnisse relativiert, auf der anderen Seite die Notwendigkeit einer gewissen Anpassung an die Umweltanforderungen anerkannt werden" (ebd., 50).

Auch auf die Ergebnisse der Bindungsforschung wird bei Roediger (2009) Bezug genommen, namentlich auf die Arbeiten von Ainsworth (1968) und Bowlby (1969). Dabei fällt auf, dass das beobachtete Verhalten der Kinder in den klassischen Experimenten der "Pioniere der Bindungsforschung" (41) auf das Verhalten von erwachsenen Patienten übertragen wird, ohne dabei die empirische Datenlage in Form von Longitudinalstudien einzubeziehen (z.B. "Menschen mit unsicher-vermeidendem Bindungsstil haben häufig emotional distanzierte Eltern, entwickeln nur begrenzt die Fähigkeit, sich in andere einfühlen zu können und neigen zu funktionalen und selbstzentrierten Problemlösungen", Roediger 2009, 42). Tendenziell werden so einfache, lineare Verursachungszusammenhänge behauptet (z.B. "Das Gehirn des Kindes bildet sich in Abhängigkeit davon aus, wie die Eltern auf das Kind einwirken. So plastiziert sich das Verhalten der Eltern in die Kinder hinein", ebd., 43). Daraus resultiert ein gewisser Determinismus der Schematherapie: "Ist die **Vulnerabilität** aber einmal entstanden, bleibt sie lebenslang bestehen. So führen sehr frühe Bindungsstörungen durch eine verstärkte Stressaktivierung zu bleibenden Beeinträchtigungen besonders im Hippocampus und nachfolgend zu verminderter Lernfähigkeit" (ebd., 40).

Die Bedeutung von Resilienz und Ressourcen für die Ätiologie von Störungen, wie sie in der Integrativen Therapie zum Beispiel unter dem Stichwort **longitudinale Akkumulation** thematisiert wird, wird in der Schematherapie ausser Acht gelassen. Siehe dazu Osten 2019, III.6: "Im Verlauf der Verarbeitung bestimmen die prämorbid *Vulnerabilität*, die *Attribution* (subjektives Erleben, emotionelle und kognitive Bewertung) und das Vorhandensein von *Resilienz und Ressourcen*, ob aus einer belastenden Erfahrung ein pathogenetischer Faktor wird oder nicht. Im Fall des Scheiterns resultiert daraus eine Vergrößerung der Vulnerabilität, im Fall erfolgreicher Bewältigung ein Zugewinn von Resilienz."

Trotzdem wird auch in der Schematherapie betont, "dass das Gehirn lebenslang formbar und durch psychotherapeutische Prozesse genetische oder früh erworbene Defizite (zumindest auf der Verhaltensebene) teilweise kompensiert werden können" (Roediger 2009, 40). Dafür werden Begriffe wie "begrenzte elterliche Fürsorge", "Nachreifung" oder "korrigierende emotionale Erfahrung" genannt (ebd.).

2.5 Erste Kritik an der Schematherapie: Empirische Entwicklungspsychologie

Grundprinzip 2 der IT: Empirische, longitudinale Entwicklungspsychologie (*lifespan developmental approach*) und Salutogenese

Die Integrative Therapie ist seit ihren Anfängen eine "entwicklungszentrierte Psychotherapie, Gesundheitsförderung und Persönlichkeitsentfaltung in der Lebensspanne" (Petzold 2003a, 69) und vertritt einen *lifespan developmental approach*, wie er inzwischen in der modernen, empirischen, longitudinalen Entwicklungspsychologie etabliert ist. Dieser Ansatz hat verschiedene Konsequenzen für Theorie und Praxis:

- Die Integrative Therapie hat sich mit Therapie und Förderung von Menschen in allen Lebensaltern beschäftigt. Als Beispiel kann hier die Integrative Tanz- und Bewegungstherapie mit alten Menschen hervorgehoben werden (Petzold 2003a, 905-926). Gerontopsychologie, Gerontopsychiatrie oder Geragogik spielen in anderen psychotherapeutischen Schulen tendenziell eine marginale Rolle.
- Die IT vertritt die Auffassung, dass Entwicklung und Lernen über die gesamte Lebensspanne möglich ist und geschieht und ist im Bereich der Psychotherapie das Verfahren, das wohl am dezidiertesten einem «*lifespan developmental approach*» verpflichtet ist (Petzold 1994j; 2005a; Sieper 2007b). Das Bild vom Menschen als lernendem Wesen gilt als "Metanarrativ" in der Anthropologie der IT. Die Bedeutung der (frühen) Kindheit mit ihren besonders sensiblen Phasen für die ontogenetische Entwicklung wird dabei nicht in Frage gestellt, die IT beschränkt sich aber nicht auf frühe Lebensabschnitte, wie das bei entwicklungspsychologischen Phasenmodellen (z.B. der Psychoanalyse oder von Erikson) teilweise der Fall ist. Apfalter et al. (2021, 36) referieren wichtige entwicklungspsychologische Konzepte von Petzold und Sieper wie folgt:
- Die integrative Entwicklungspsychologie interessiert sich nicht nur für die Pathogenese von Störungen, sondern ist ausgeprägt an der Salutogenese, den Mechanismen des Gesundbleibens und Gesundwerdens orientiert. Risikofaktoren sind ebenso zu beachten

wie protektive Faktoren und Resilienzen, entscheidend ist das Zusammenspiel dieser Faktoren in "Ketten positiver, negativer und defizitärer Ereignisse, die uns auf der Lebensstrasse widerfahren" (ebd., 70).

- Der Blick ist dabei sowohl *aspektiv* auf das Hier und Jetzt, *retrospektiv* auf die Bedingungen der Entwicklung als auch *prospektiv* auf Zielvorstellungen gerichtet; es werden "unterstützende Gegenwartskräfte (Generatoren)", "positive Vergangenheitseinflüsse (Propulsoren)" und "positive Zukunftsaussichten (Attraktoren)" einbezogen (ebd.). Diese dreifache Aufmerksamkeit ist in der Formel "Probleme, Ressourcen, Potentiale (PRP)" verdichtet (ebd., 67).

- Aus der Orientierung sowohl an Belastungsfaktoren als auch an Ressourcen lassen sich entsprechend zwei Richtungen klinischer Interventionsstrategien ableiten: Auf der Seite der pathogenetisch orientierten Therapie stehen die Begriffe *Curing* (Heilen), *Supporting* (Unterstützen) und *Coping* (Bewältigen, von irreversiblen Störungen), auf der Seite der salutogenetischen Förderung die Konzepte *Enlargement* (Erweiterung), *Enrichment* (Bereicherung) und *Empowerment* (Ermächtigung).

Exemplarisch für die klinisch-psychologische Längsschnittforschung soll hier die Forschung von *Michael Rutter* erwähnt werden. In seinen Studien liefert er Belege für prognostisch relevante Variablen in der psychischen Entwicklung von Heimkindern. In der Sprache der Integrativen Therapie bezieht diese Methodik sowohl den (sozialen, kulturellen, ökologischen) Kontext als auch das Kontinuum mit ein.

Rutter (1993, 23) führt aus, dass man in den Fünfzigerjahren noch davon ausging, dass sich die Persönlichkeit nach den ersten Lebensjahren kaum noch verändern würde und in sich konsistent bleibe. Es wurde nachhaltig der Grundsatz verfochten, dass "das Fehlen mütterlicher Zuwendung (*maternal deprivation*) in der Säuglingszeit zu anhaltenden, unwiderruflichen Schäden führe" (vgl. *Bowlby* 1951). Nachdem diese Behauptungen empirisch so nicht bestätigt werden konnten und Studien Hinweise dafür lieferten, dass Langzeiteffekte sehr stark von späteren Lebenserfahrungen abhingen, fiel man ins andere Extrem: "Es wurde argumentiert, die psychische Entwicklung weise nur geringe Kontinuität auf, und diese sei zudem von der Interpretation der eigenen Erfahrungen abhängig (*Kagan* 1984). *Mischel* (1968, 1969) ging so weit, das ganze Konzept der Persönlichkeitsmerkmale in Frage zu stellen, und behauptete, jedes Verhalten sei überwiegend situationsgebunden" (*Rutter* 1993, 23f; genaue Referenzen siehe dort, *Rutter* 1993).

Uns interessiert hier vor allem die Stärke des Einflusses der frühen Eltern-Kind-Beziehung auf das Beziehungsverhalten oder die Beziehungsfähigkeit im Erwachsenenalter. *Rutter* meint: "Anfangs haben die Autoren, die sehr stark von der Psychoanalyse beeinflusst waren, einen ziemlich starren Effekt auf die Persönlichkeitsstruktur postuliert (*Bowlby* 1951). Unter dem Einfluss der Verhaltensforschung sah man in der Eltern-Kind-Bindung ein Äquivalent zu der Prägung auf die anschließende Reaktion bei bestimmten Vogelarten (*Bowlby* 1969). Heute allerdings [*John Bowlby* starb 1990, MS] geht *Bowlby* von der Hypothese eines sehr viel flexibleren Prozesses aus, dessen Entwicklungswege im Verlauf des Lebens stets

Veränderungen zulassen. Trotzdem gilt für ihn weiterhin, dass die Basis der Kontinuität die frühe Beziehung ist, die alle späteren Beziehungen formt und beeinflusst" (*Rutter* 1993, 51).

Rutter selbst hat "**Ketteneffekte**" aufgezeigt, "die den Kontinuitäten (und Diskontinuitäten) zwischen Kindheit und Erwachsenenalter zugrunde liegen" (ebd., 46). Wenn wir Entwicklungsprozesse begreifen wollen, müssen wir aus seiner Sicht" von Kettenwirkungen ausgehen, das heisst, wir müssen jedes einzelne Glied in der Kette analysieren, untersuchen, wie die einzelnen Glieder ineinandergreifen und wie Veränderungen im Lebenslauf zustande kommen" (57). Als mögliche **Vermittlungsfaktoren für Kontinuitäten und Diskontinuitäten** in Lebensläufen nennt er folgende sieben Mechanismen:

1. *Genetische Mechanismen*: z.B. bei Störungen mit starken genetischen Komponenten wie dem Autismus.

2. *Biologische Mechanismen*: z.B. haben verschiedene Untersuchungen "statistische Korrelationen zwischen Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt und Schizophrenie im Erwachsenenalter" ergeben (47).

3. *Die Gestaltung der Umgebung*: Zum Beispiel haben Längsschnittuntersuchungen Verbindungen zwischen Ausbildungsstand und späterem beruflichem Status gezeigt, die nicht nur als sekundäre Folge von individuellen Eigenschaften wie z.B. dem IQ verstehbar sind. *Rutters* eigene Untersuchungen von Mädchen, die in Heimen aufgewachsen sind, haben "eine starke Tendenz zu sehr frühen und überstürzt eingegangenen Ehen ergeben, durch die sie aus einer in ihren Augen unerträglichen Familiensituation fliehen wollten. Durch diese Tendenz erhöhte sich für sie die Wahrscheinlichkeit einer unbefriedigenden, zum Scheitern verurteilten Ehe" (49).

4. *Kognitive und soziale Fertigkeiten* (50): Trotz der eben erwähnten Bedeutung der Umwelt haben zahlreiche Untersuchungen bei Kindern, die in Risikosituationen gezeigt, "dass ein höherer IQ oder bessere Schulleistungen die Wahrscheinlichkeit späterer psychiatrischer Störungen verringert " (51). Die Gründe dafür seien noch weitgehend ungeklärt.

5. *Selbstachtung und Selbsteffizienz*: *Rutter* referiert Belege aus Längsschnittstudien, die darauf hinweisen, "dass erfolgreiche Bewältigung und/ oder positive Erfahrungen tendenziell eine Schutzfunktion haben, und es scheint durchaus plausibel, dass diese Schutzfunktion in dem durch solche Erfahrungen gestärkten Selbstvertrauen liegt" (53). In ihrer Untersuchung von Mädchen mit Heimerziehung fand *Rutter* und sein Team "eine Korrelation zwischen positiven Schulerfahrungen und einer erhöhten Tendenz zur 'Planung' in den Bereichen Ehe und Beruf " (53). Die Mädchen scheinen die Erfolgserlebnisse in der Schule über den Ketteneffekt des Vertrauens in die eigene Kompetenz auf andere Lebensbereiche übertragen zu können.

6. *Gewohnheiten, kognitive Muster und Bewältigungsstile*: Hier ist sowohl die Schutzfunktion positiver Gewohnheiten angesprochen (z.B. das Engagement in einem befriedigenden Beruf), als auch die Belastung durch negative Gewohnheiten (wie die "Bewältigung" von Stress und Langeweile durch Suchtmittel) oder der Wegfall von Ressourcen.

7. *Verbindungen zwischen Erfahrungen*: Der letzte Vermittlungsmechanismus betrifft sich verstärkende positive wie negative Ereignisketten. Ein Beispiel einer negativen Ereigniskette aus *Rutters Follow-up*-Untersuchung von Heimkindern ist eine Situation, "bei der psychische Störungen der Eltern zu Störungen in der Familie führten, bei denen ein Zusammenhang mit dem Elternversagen vorhanden war, welches schliesslich zur Heimeinweisung der Kinder führte. Bei der Entlassung dieser Kinder als Jugendliche aus dem Heim bedeutete dieses frühe Elternversagen meist, dass sie keine Familie mehr hatten, in die sie zurückkehren könnten, so dass sie in einem sehr gefährdeten Alter auf sich selbst angewiesen waren" (55).

Zusammenfassend können wir sagen, dass für die Herstellung von erklärenden Verbindungen zwischen Kindheit und Erwachsenenalter eine Analyse der Kontinuitäten und Diskontinuitäten über die ganze Lebensspanne notwendig ist, und dabei spielen **Lebensübergänge** eine zentrale Rolle. Eine Sichtweise dieser Übergänge als "aufsteigende Progression mit voraussagbaren Phasen" (55) greift dabei zu kurz, weil zum einen die individuellen biografischen Erfahrungen enorm vielfältig sind, und zum anderen diese Erfahrungen von jedem Individuum anders verarbeitet werden. Lebensübergänge können "sowohl als Endprodukt vergangener wie auch als Auslöser zukünftiger Prozesse gesehen werden, oder, in der Sprache der Datenanalyse, als gleichzeitig unabhängige und abhängige Variablen" (57).

Demgegenüber geht die Schematherapie in ihrem Pathogenese-modell von der lebenslangen Wirkung früher Schädigungen aus. Ausgangspunkt der Erklärungen ist das angebliche, d.h. das von den Patienten erinnerte Elternverhalten. Die Vulnerabilität ist dabei im Prinzip unwiderruflich; die Therapie hat die Aufgabe, den Umgang mit den entstandenen Schemata zu optimieren.

Ein grosses Problem dabei ist, dass die Konstrukte der Schematherapie (v.a. Schemata und Modi) nirgendwo an der empirischen Entwicklungspsychologie orientiert und durch keine kinderpsychotherapeutische Studien fundiert zu sein scheinen. Es handelt sich zwar um inhaltlich kohärent aufgebaute Konstrukte, aber diese sind - so wie in der Transaktionsanalyse/Skriptanalyse auch - nicht an entwicklungspsychologischen Befunden geeicht (*H. G. Petzold*, persönliche Mitteilung).

2.5.1 Risikofaktoren, potenziell protektive Faktoren, Resilienzen

Die Integrative Therapie hat sich in Bezug auf die longitudinale Entwicklungspsychologie zunächst ebenfalls auf die Schutz-, Risiko- und Resilienzfaktoren im Kinder- und Jugendalter konzentriert und dann auch die Bedingungen von Erwachsenen und alten Menschen einbezogen. Die Ergebnisse aus dem Kinderbereich lassen sich leicht auch auf andere Lebensalter übertragen. Es zeigt sich ausserdem, dass die Schutzfaktoren (siehe unten) grosse Ähnlichkeiten mit den sogenannten "unspezifischen Wirk- oder Heilfaktoren" der Psychotherapieforschung aufweisen (Petzold et al. 2016n).

Für das Kindesalter können folgende **Risikofaktoren** genannt werden:

- "1. Psychiatrische Probleme bei einem Elternteil (DSM-Diagnose),
2. die Mutter hat 6 oder mehrere Punkte auf *Rutters* (1979) Belastungs-Malaise-Fragebogen,
3. im abgelaufenen Jahr fanden sich 20 oder mehr 'stressfull life events',
4. die Mutter hat keinen Hauptschulabschluss,
5. der Ernährer der Familie ist arbeitslos,
6. es ist kein Vater in der Familie anwesend,
7. die Familie hat vier oder mehr Kinder,
8. die Familie gehört einer ethnischen Minderheit an,
9. die Eltern haben rigide Erziehungsvorstellungen,
10. es findet sich eine schlechte Qualität der Mutter-Kind-Interaktion,
11. das Kind hat dysfunktionale emotionale Stile (*Leff, Vaughn* 1985; *Petzold* 1992b),
12. das Kind hat keinen protektiven 'significant caring adult' (*Petzold, Goffin, Oudhof* 1993),
13. das Kind hat keine Netzwerkorientierung und geringe soziale Kompetenz (*Tolsdorf* 1976),
14. es stehen keine angemessenen Hilfsagenturen bzw. Systeme sozialer Sicherung zur Verfügung" (*Petzold et al. 2016n, 10*).

Die **protektiven Faktoren** sind nun externale oder internale Einflüsse, welche die Belastungen abpuffern und Bewältigungsleistungen (*coping*) sowie das Finden von neuen Lösungen (*creating*) unterstützen. Es können folgende Schutzfaktoren fokussiert werden:

- "1. Soziale Unterstützung innerhalb des sozialen Netzwerkes, d.h. in der und ausserhalb der Familie,
2. eine verlässliche Beziehung zu einem 'significant caring adult' innerhalb und/oder ausserhalb der Familie,
3. 'schützende Inselerfahrungen' und 'gute Zeiten' im Verlauf der Entwicklung,
4. positive Temperamenteigenschaften (emotionale Flexibilität, Kontaktfähigkeit, Affektregulation),

5. positive Erziehungsklimata (Wärme, Offenheit, Akzeptanz) in Segmenten der Lebenswelt (mit einem Elternteil, in der Schule, in der Kirchengemeinde etc.),
6. Möglichkeitsräume (potential space), in denen Gestaltungsimpulse und Selbstwirksamkeit erfahren werden können, so dass sich internal orientierte Kontrollüberzeugungen und konstruktive selbstreferentielle Emotionen und Kognitionen, d.h. positive Selbst- und Identitätsschemata entwickeln können,
7. soziale Vorbilder, die Werte und Sinnbezüge vermitteln und die konstruktives Bewältigungsverhalten modellhaft zeigen,
8. realistische Situationseinschätzung und positive Zukunftsorientierung, Leistungsmotivationen und Impetus zur aktiven Problembewältigung,
9. kognitive und emotionale Integrationsfähigkeit, die einen 'sense of coherence' (Antonovsky 1987) ermöglichen,
10. sozioökologische Kontexte, die einen breiten Aufforderungscharakter haben und eine Vielfalt von affordances bereitstellen, so dass Handlungskompetenzen (effectivities) gewonnen werden können,
11. dosierte Belastung, die Immunisierungen, Resilienzen (Müller, Petzold 2003) und das Ausbilden von Bewältigungsstrategien ermöglichen, weil sie die Coping-Kapazitäten und die vorhandenen Ressourcen nicht überfordern,
12. Angebote für kokreative (Iljine et al. 1990) sinn-volle Aktivitäten (Hobbys, Sport, Spielmöglichkeiten), die Entlastung, Erfolgserlebnisse und Kreativitätserfahrungen bieten,
13. ein positiver ökologischer Rahmen (Landschaft, Garten etc.), der durch Naturerleben Kompensationsmöglichkeiten schafft,
14. Netzwerkorientierung, d.h. die Fähigkeit, soziale Netzwerke aufzubauen und sie zu nutzen,
15. Haustiere, deren protektive Funktion gar nicht hoch genug eingeschätzt werden kann,
16. Phantasiepotential, die Möglichkeit, innere Welten in neuer und aussergewöhnlicher Weise zu sehen und zu nutzen.
17. Das Vorhandensein sozialer Sicherungssysteme und Hilfsagenturen" (ebd., 11f).

Das Zusammenspiel von Belastungs- und Schutzfaktoren führt dann zur Ausbildung von **Resilienz**, es entstehen "zirkuläre bzw. spiralförmig progredierende Prozesse mit kleinen kontextbedingten Variationen", was wie folgt formalisiert wurde:

Integratives Modell eines "protective factor → resilience cycle" (ebd., 13)

"Belastung/Überlastung → externale protektive Faktoren → erfolgreiches coping/buffering → Resilienz/interner Schutzfaktor → Optimierung der Nutzung externaler Ressourcen und protektiver Prozesse → Resilienzen → Entwicklungsaufgaben → externale protektive Faktoren usw."

Im Vergleich zur Sicht der Schematherapie haben wir es hier mit einem Modell zu tun, das einen sehr breiten Horizont von Bedingungen für individuelle Entwicklungsverläufe eröffnet. Dabei werden die "klassischen" Gesundheits- und Krankheitsfaktoren der Psychologie - namentlich soziale Umstände - innovativ um weitere Variablen im Bereich der Ökologie oder Kreativität/Phantasie erweitert.

3 Diagnostik

3.1 Die Anfangsphase in der Schematherapie

3.1.1 Indikation

Die Freiburger Akademie für Wissenschaftliche Psychotherapie (FAwP) umreißt die Indikation für die Schematherapie wie folgt:

Für welche Patienten ist Schematherapie indiziert?

Die Behandlung ist für Patienten gedacht, die in ihrem Persönlichkeitsprofil Schemata oder Muster aufweisen, die sich bis in die Kindheit zurückverfolgen lassen und die aktuell weiterhin starken Einfluss auf ihre Gedanken, Gefühle, Lebensentscheidungen und Beziehungen ausüben.

Die Therapie wird demzufolge für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen (insbesondere für Patienten mit Borderline-, oder narzisstischen Persönlichkeitsstörungen) (*Young, Klosko 2006*) empfohlen.

In den Niederlanden wird aktuell eine Adaptation des Ansatzes in forensischen Kliniken entwickelt, um für persönlichkeitsgestörte (in der Regel antisoziale, narzisstische oder borderlinepersönlichkeitsgestörte) Straftäter ein Modell zu konzeptualisieren. Zunehmend findet sie auch bei therapierefraktären Achse I Störungen wie z.B. chronischen Angsterkrankungen, Zwangserkrankungen, und Essstörungen Anwendung.

Erste stationäre Verlaufsbeobachtungen bei auf herkömmliche Verhaltenstherapie nicht respondierenden Zwangsstörungen in unserer Klinik sind ermutigend. Auch konzipierte *Young* einen paartherapeutischen Ansatz für Langzeit-Beziehungsprobleme. Weiterhin liegen Erfahrungen zur Therapie von Patienten mit Opiatabhängigkeit und komorbider Persönlichkeitsstörung vor (*Ball und Young, 2000, Ball, 2007*).

Als Kontraindikationen werden akute Achse I Störungen, gemässiger bis schwerer Substanzmittelabusus und psychotische Störungen genannt. Nicht indiziert ist die Therapie auch bei schweren Lebenskrisen, die sich nicht in ein lebenslanges Muster dysfunktionalen Verhaltens einordnen lassen.

Quelle: <https://www.fawp.eu/index.php/schematherapie/2016-05-18-21-29-59>

3.1.2 Fallkonzeption

Der wichtigste diagnostische Schritt in der Schematherapie besteht im Erstellen einer sogenannten **Fallkonzeption**, in der die Schemata und Modi des Patienten ermittelt werden. *Roediger*(2015, 81):

"Die Informationen zum Erstellen der Fallkonzeption kommen aus drei Quellen:

1. Ihrer Schilderung des bisherigen Lebens (die sogenannte biografische Anamnese);
2. durch schematherapeutische Fragebögen;

3. durch Beobachtungen innerhalb der Therapiesitzung selbst."

Die Beobachtungen werden dann in einem Fallkonzeptionsblatt dargestellt. Es gibt verschiedene solcher Formalisierungen, eines davon ist die sogenannte **Moduslandkarte** (siehe Anhang 9.2).

Gemäss *Roediger* (2015) steht die Erstellung der Fallkonzeption am **Anfang der Therapie**. Es sei sinnvoll, "die noch sachliche Beziehung am Anfang zu nutzen, um wichtige Inhalte zu erklären und dadurch ein grundlegendes Therapieverständnis zu schaffen" (83). Die Fallkonzeption werde zunächst "rein gedanklich entwickelt". Durch die erlebnisaktivierenden Techniken werde dann später ein umfassenderer Zugang zu den Schemata und Modi geschaffen.

Die Schematherapie läuft in **vier Phasen** ab. Die erste Phase heisst **Anfangs- und Diagnostikphase** und dauert ca. 5 bis 10 Sitzungen, bei schweren psychischen Störungen bis zu mehreren Monaten. Folgende Inhalte gehören in diese Anfangsphase:

- "- Fragen zur aktuellen Situation und zur Lebensgeschichte
- Eventuell Partner einbeziehen
- Einführung in das Schematherapie-Modell
- Therapeut vermittelt Sicherheit und Vertrauen, ggf. Stabilisierungstechniken lernen
- Kurze diagnostische Imaginationsübungen
- Gemeinsam eine Fallkonzeption erstellen" (ebd., 94).

In dieser ersten Phase geht es also um den Aufbau der therapeutischen Beziehung, die Förderung von Vertrauen und Stabilität und ein Verständnis für die Arbeitsweise der Schematherapie. Es soll mit einer "Achtsamkeitshaltung" ein rudimentäres Verständnis für das Zusammenspiel der eigenen Schemata und Modi entwickelt werden, um dann einen "Gangwechsel" einleiten zu können (ebd., 96).

Die Phasen 2-4 dieses Phasenmodells werden im Kapitel über die Therapie besprochen. Vorweggenommen sei hier schon einmal die Idee, dass vor dem Übergang in die vierte Phase "die Therapieziele noch einmal überprüft werden" müssten (ebd., 99). Man kann also von einem relativ stabilen Verständnis der Fallkonzeption bis in die Schlussphase der Therapie ausgehen, in der dann noch Kurskorrekturen vorgesehen sind.

3.1.3 Fragebögen

Gemäss *Roediger* (2009) dienen die Schemafragebögen dem Therapeuten dazu, sich von den "Beziehungskonstellationen und dem Selbsterleben des Patienten" (117) ein systematisches Bild zu machen. Die Fragebögen geben Anhaltspunkte zu fünf Bereichen, nämlich "[1.] das erinnerte **Elternverhalten** (getrennt nach Vater und Mutter), [2.] die **aktuell auslösbaren Schemata**, [3.] das **Kompensationsverhalten** bezogen auf diese Schemata und [4.]

verschiedene Aspekte von **Vermeidungsverhalten**. Ausserdem gibt es [5.] verschiedene **Fragebögen zu den Modi**" (117).

Als Beispiele sollen hier der YPI und der YSQ-S2 erwähnt werden.

Der **YPI (Young Parenting Inventory)**, in der deutschen Fassung von *Young, Brown, Berbalk & Grutschpalk* 2003) erfasst das erinnerte Elternverhalten. Der Patient soll 72 Items (zum Beispiel "1. Hat mich geliebt und mich als etwas Besonderes behandelt" oder "28. Erwartete, dass ich als Versager ende") getrennt für Mutter und Vater mit einer sechsstufigen Skala (1=völlig unzutreffend bis 6=genau zutreffend) einschätzen. Dieser Fragebogen wird der sozialen Realität von Familien im 21. Jahrhundert offensichtlich nicht mehr gerecht - und wurde es eigentlich schon vorher nicht: Erstens kann ein Kind mit mehr oder weniger als zwei Elternteilen aufwachsen. Besonders die Realität von Patchworkfamilien stellt das Konzept des YPI grundlegend in Frage. Zweitens ist die geschlechtliche Zuordnung der Elternteile schon lange nicht mehr festgelegt; Regenbogenfamilien sind keine Seltenheit mehr. Der YPI ist dahin gehend als rückständig zu sehen.

Ein weiteres Instrument, der **YSQ (Young Schema Questionnaire)**, soll die aktualisierbaren Schemata erfassen. Unter den 95 Items der deutschen Kurzform YSQ-S2 (*Young, Brown, Berbalk & Grutschpalk* 2003) finden sich Aussagen wie "8. Ich verzweifle, wenn ich das Gefühl habe, jemand, den ich mag, entfernt sich von mir" oder "84. Wenn ich nicht eine Menge Aufmerksamkeit von den anderen bekomme fühle ich mich weniger wichtig". Zur Einschätzung wird die gleiche sechsstufige Skala verwendet.

Die Fragebogen werden als Explorationshilfsmittel gesehen, das dem Behandler dazu dient, seinen Eindruck abzurunden. Das Resultat der Auswertung muss im Gespräch mit dem Patienten allenfalls überprüft, ergänzt oder auch revidiert werden. Ziel der Auswertung sei es, "ungefähr fünf oder sechs Schemata zu identifizieren, die für den Patienten die subjektiv höchste Bedeutung haben" (*Roediger* 2009, 123). So könne bereits nach zwei oder drei Sitzungen eine erste "**Konzeptualisierungsskizze** der Entstehungs- und Bewältigungsdynamik" (ebd., 122) entstehen. Der strukturierte Einsatz von Fragebögen würde besonders unerfahrene Therapeuten in der sensiblen, vertrauensbildenden Anfangsphase der Therapie entlasten. Ausserdem schaffe der gemeinsame Blick (von Patient und Therapeut) auf die Fragebögen ein gemeinsames Drittes, das den sachlichen, partnerschaftlichen Charakter der Arbeitsbeziehung betone.

Nach *Roediger* (2009) "sollte dem Therapeuten bewusst sein", dass die Erinnerungen, die in den Fragebögen ermittelt werden, "keinesfalls den objektiven Sachverhalt wiedergeben", sondern dass erinnerte Ereignisse mit der Zeit subjektiv gefiltert und verändert würden. "Bei jedem Erinnerungsvorgang wird das ursprüngliche neuronale Erregungsmuster wieder aktiviert und dadurch auch modifiziert, sodass eine etwas veränderte neuronale Erregungsbereitschaft eingebrannt wird. Dadurch wandeln sich die Erinnerungen nach und nach, ohne dass uns das bewusst ist. [...] Der Sinn des Parentingfragebogens ist auch nicht,

die frühere Kindheitssituation zu rekonstruieren, sondern die heute noch vorhandenen wirksamen Erinnerungen zu erfassen. Es geht ausdrücklich nicht um eine vergangenheitsorientierte oder gar schuldzuweisende Haltung, sondern ausschliesslich darum, die subjektiv erlebten Niederschläge früherer Erfahrungen im Patienten zu verbalisieren, die den Hintergrund der heutigen Schemaaktivierungen darstellen" (ebd., 124f).

Mit diesem Statement ist einerseits die Gefahr eines naiven Umgangs mit Erinnerungen angesprochen, andererseits ist bereits ein therapeutischer Weg angedeutet, nämlich die Modifikation neuronaler Erregungsmuster durch Reaktivierung von Erinnerungen.

Dem Patienten soll vermittelt werden, dass seine heutigen Verhaltensmuster von Erfahrungen in der Vergangenheit geprägt sind. Durch dieses Wissen ist er bei erneuten Schemaaktivierungen weniger überrascht und kann "erwachsener" darauf reagieren. Wenn ein Patient dazu neigt, seine Vergangenheit als "Entschuldigung" für sein aktuelles, dysfunktionales Verhalten anzuführen, sollte das durch "empathische Konfrontation" problematisiert werden. "Ziel der Schematherapie ist nicht die Bearbeitung der alten Erlebnisse, sondern ein Wissen um die damaligen Verletzungen aufzubauen, damit sie durch funktionaleres Verhalten in der Gegenwart 'geheilt' werden können. Der Blick auf die Vergangenheit ist nur solange notwendig, bis die alten Muster im gegenwärtigen Erleben erkannt sind, dann soll das alte Erlebnis losgelassen werden" (ebd., 125).

3.2 Zweite Kritik an der Schematherapie: Erzählungen als diagnostisches Material

Die Logik der schematherapeutischen Diagnostik kann also folgendermassen zusammengefasst werden:

- (a) Aufgrund der Erinnerungen des Patienten werden die Beziehungsmuster exploriert, die dieser in Kindheit und Jugend erfahren hat. Wie wurde der Patient früher von seinem Umfeld, v.a. seinen nächsten Bezugspersonen behandelt?
- (b) Durch die Einordnung in das System der 18 Schemata wird eine Aussage über die angebliche damalige Motivlage gemacht. Welche Grundbedürfnisse wurden damals nicht befriedigt? Welche Vulnerabilitäten entstanden damals?
- (c) Durch den Einbezug der Modusdynamik entsteht die komplette Fallkonzeption.

Dieses Vorgehen führt in der Praxis zu Beginn der Therapie sicher zu ersten diagnostischen Einsichten. Theoretisch müssen aber mindestens zwei Einwände gemacht werden:

1. Erinnerungen sind unzuverlässig. Wie oben dargelegt ist sich die Schematherapie dieser Problematik auch selbst bewusst. Spätestens seit der False-Memory-Debatte wissen wir, dass Erinnerungen anfällig für Verzerrungen sind oder ganz verloren gehen können. (Zum Thema der "Falschen Erinnerung", "Erinnerungsverfälschung" oder "Scheinerinnerung" siehe zum Beispiel *Stompe* 2011, oder auch den Wikipedia-Artikel "Falsche Erinnerungen"). Erinnerungen an Begebenheiten in den ersten drei Lebensjahren sind

ohnehin wenig wahrscheinlich. Ausserdem stellt sich die Frage: Was macht ein Patient in einem Schemafragebogen mit Items, mit denen er nichts anfangen kann? In Fragebögen wie dem YPI zum Verhalten von Vater und Mutter gibt es keine Antwortmöglichkeiten wie "Daran kann ich mich nicht erinnern" oder "Das sagt mir nichts". So werden biografische Zusammenhänge nicht erhellt, sondern konstruiert. Wenn sich der Therapeut *Roediger* Ermahnung zu Herzen nimmt, dass die in den Fragebögen erhobenen Erinnerungen "keinesfalls den objektiven Sachverhalt wiedergeben" (*Roediger* 2009, 124, vgl. oben in 3.1.3), dann ist nicht einzusehen, warum der Patient immer wieder an seine Schemata erinnert werden soll. Die schematherapeutische Diagnostik bringt die Gefahr von Artefakten und der Reproduktion von Narrativen unklaren Ursprungs mit sich.

2. Die Schematherapie thematisiert nicht, dass ähnliche biografische Ausgangslagen von jedem Kind anders verarbeitet werden. Selbst wenn man die objektiven Sachverhalte rekonstruieren könnte, wären keine zuverlässigen Aussagen darüber möglich, in welchem Mass welche Grundbedürfnisse beim einzelnen Kind frustriert wurden, und ob diese Verletzungen für die Entstehung von psychischen Störungen verantwortlich sind. Das gilt sogar für Extremsituationen: Weltweit entwickelt nur eine Minderheit der Menschen mit traumatischen Störungen eine Traumafolgestörung (*Petzold & Josić* 2003).

Anstatt sich deshalb auf Spekulationen zu stützen, wie sich Kinder in bestimmten Situationen fühlen müssen, ist es zuverlässiger, bei der psychotherapeutischen Diagnostik hauptsächlich die therapeutische Aktuelsituation zu fokussieren und daraus allenfalls Hypothesen zu prägenden Erfahrungsmustern zu bilden. Wir haben diese Heuristik in Kapitel 1.3 als induktives Vorgehen bezeichnet. Auf der sprachlichen Ebene sollten Patientenerzählungen deshalb nicht nur verstanden werden aus Auskunft des Betroffenen, "was damals geschah", sondern die Gestaltung der Erzählung kann Aufschluss darüber geben, wie der Patient seine Lebenswelt mit seinen Beziehungen zu anderen Menschen wahrnimmt und damit umgeht. Aus psychoanalytischer Perspektive wurden Patientenerzählungen von *Brigitte Boothe* eingehend untersucht. Die Autorin versteht die Alltagserzählung als "sprachliche Inszenierung" und spricht von einem "dramaturgischen Sprachmodus" (*Boothe* 1994). Das bedeutet, dass der Patient beim Erzählen die vergangene Situation in einem aktiven Prozess zu einem organisierten Ganzen gestaltet. So kann ein differenzierter diagnostischer Zugang zu den Beziehungsangeboten des Patienten, zu seinen Ängsten und Wünschen in der Beziehung gefunden werden. In unserem Zusammenhang sind die vier Modellierungsleistungen der Erzählung von Interesse:

1. **Erzählen im Dienst der eigenen sozialen Integration:** Dieses Stichwort meint das Bedürfnis nach Aufgehobensein, welches den Erzähler zur Darbietung einer möglichst effektvollen Geschichte veranlasst. "Es geht hier um die Fähigkeit, für die eigene Story ein bestätigendes Echo vom bedeutsamen sozialen Gegenüber zu erhalten. Dieses Interesse macht Geschichtentypen verständlich wie zum Beispiel Schauer-, Wunder-, Erfolgs-, Opfer-, Rechtfertigungsstories" (ebd., 54).

2. **Erzählen im Dienst psychischer Restitution:** Hier geht es um das "Interesse an der Korrektur des Gewesenen in Richtung auf das Wünschbare", wobei "die Wunscherfüllung als solche für Erzähler und Publikum nicht kenntlich werden muss, gelegentlich auch nicht kenntlich werden darf" (ebd., 55).

3. **Erzählen im Dienst der Reorganisation:** Dieser Aspekt meint die Bewältigungsstrategie, "erlittene Erschütterung, psychische Destabilisierung in negativer, traumatisierender oder in positiver, euphorisierender Richtung im Nachhinein durch wiederholtes Erzählen zu integrieren." Das soll zur Erregungssenkung, Angstbewältigung und Stabilisierung beitragen, "so dass nachträglich die Situation als dargestellter Geschehenszusammenhang kontrollierbar erscheint" (ebd.).

4. **Erzählen im Dienst der Vergegenwärtigung:** Hier ist nach Ansicht der Autorin etwas Selbstverständliches gemeint, nämlich die Leistung der Aktualisierung oder Vergegenwärtigung. "Die Kontrolle destabilisierenden Erlebens im Nachhinein funktioniert nur auf der Basis der Überzeugung von Gegenwärtigkeit, worin zugleich die Chance und die Gefahr der Traumaverarbeitung durch Nachstellen der Situation mittels der Sprache liegt" (ebd., 56).

Die Funktion von Erzählungen wird auch von Forschern untersucht, welche die Narratologie mit der modernen Hirnforschung verbinden. Nach Fritz Breithaupt haben Narrationen eine **emotionale Belohnungsstruktur**, welche uns bei der Bewältigung von Krisen hilft. Die vier Erwartungen, welche wir gemäss seiner Theorie an kollektive Narrative - zum Beispiel nach Ereignissen wie 9/11 oder der Corona-Pandemie - haben, können auch auf individuelle biografische Erzählungen angewendet werden:

- "1. Das Narrativ ist selbst Teil der Überwindung der Krise (das Narrativ leistet selbst etwas und stellt nicht nur eine Beschreibung dar).
2. Emotionsbögen sind zentraler als Kausalbögen (können aber natürlich Hand in Hand gehen).
3. Das Narrativ macht das Angebot einer (vielleicht neuen) Identität für die Betroffenen.
4. Das Narrativ evoziert die Möglichkeit, dass alles hätte anders kommen können, zementiert aber zugleich den angebotenen Verlauf" (Breithaupt 2022, 188).

Biografische Narrative dienen also 1. zur Bewältigung, sind insofern an sich schon therapeutisch, sie sind 2. sinnstiftend und enthalten dadurch ein Moment der Befriedigung, sie sind 3. identitätsbildend, und lokalisieren 4. einen klaren Ursprung für die eigene Entwicklung, bringen also mitunter Sicherheit durch eine eindeutige Schuldzuschreibung. So gesehen wird in der Schematherapie vermutlich ein "hohes Mass an unspezifischen Wirkfaktoren mobilisiert; hier dürfte eine starke Komponente für die Schematherapie liegen und weniger bei der Richtigkeit der erhobenen und bearbeiteten Schemata" (H. G. Petzold, persönliche Mitteilung).

Die Integrative Therapie geht noch einen Schritt weiter und sucht den Zugang sowohl zum sprachlichen als auch zum nicht-sprachlichen Ausdruck mittels ihrer mehrperspektivischen

und intersubjektiven Hermeneutik (Petzold 2003a, 141-297). Die **phänomenologisch-hermeneutische Haltung der IT** will die Phänomene, also die "subjektive Erfahrung für ein Subjekt vor dem Horizont seiner Lebenswelt" (vgl. Husserl 2012, zit. nach Apfalter et al. 2021) erfassen und ihre Bedeutung für den Patienten verstehen. Der individuelle Blick des Einzelnen im Sinne der "Andersheit des Anderen" nach Lévinas wird dabei besonders ernst genommen.

Zentral in der der IT ist ausserdem der Begriff des **Informierten Leibes**. Die Erfahrungen eines Menschen sind leiblich - und das heisst: auf allen Ebenen der neuronalen Verarbeitung - abgespeichert, und es geht von Beginn der Therapie an darum, Zugang zu diesem Leibarchiv zu finden (Petzold, Orth 2017a). Wir sprechen dabei nicht von rein kognitiven Erinnerungen, sondern es geht um ein multimodales und holographisches Gedächtnis. "Holographische Speicherungen im '**Leibgedächtnis**' gewährleisten, dass mit jeder Detailinformation die Gesamtinformation mitgegeben ist, über ein Teil andere Teile bzw. Modalitäten, ja das 'Ganze' aktiviert werden kann, z.B. über einen Geruch - man denke an das *Proustsche* Teegebäck - die ganze Szene der Erinnerung zugänglich wird. Dieses Prinzip hat für die evokative Erinnerungsarbeit in der Integrativen Therapie höchste Relevanz" (Petzold 2003a, 552).

Für diese evokative Erinnerungsarbeit sind nicht vereinfachte Muster aus einem vorgegebenen Set von Schemata hilfreich, sondern sinnliche Sprache, **dichte Beschreibungen** und nonverbale Zugänge. Die Integrative Therapie mit ihrer "Anthropologie des schöpferischen Menschen" arbeitet schon seit ihren Anfängen mit verschiedenen kreativen Medien (Malen, Collagen, Ton, Bewegung, Musik, Psychodrama sowie andere Formen theatralischer Umsetzung usw.), welche "den Menschen als **multisensorisches, multimnestisches** und **multiexpressives** Wesen in allen Wahrnehmungs-/Sinnesmöglichkeiten und in allen Ausdrucksvermögen und - damit unlösbar verbunden - in allen Gedächtnisbereichen anspricht" (Petzold & Orth 2018, 944). Auf dem Fundament dieser ganzheitlichen Erinnerungsarbeit ist dann in der Therapie die Entwicklung oder Erweiterung subjektiven Sinns möglich; je nach Sinnerfassungs-, Sinnschöpfungs- und Sinnerfassungskapazität des Patienten ist diese Arbeit mehr oder weniger differenziert möglich. "Das 'erlebte Leibgedächtnis', dessen sich der erinnernde Mensch 'inne wird', ist ... für das Selbst- und Identitätsleben des Subjekts ... von herausragender Bedeutung, eben weil es mit seinen vielfältigen Informationsebenen *kognitives, emotionales, volitives, somatomotorisches* und *perzeptives* Geschehen mit einbezieht, die gesamte Person involviert und *subjektiv bedeutsame* Erfahrungen und das Erleben von *persönlichem Sinn* ... ermöglicht - wiederum *leibhaftig*" (Petzold 2003a, 1077).

Demgegenüber reduziert die schematherapeutische Diagnostik sprachliches Material massiv in ihrer Komplexität. Der Einsatz eines Fragebogens kann zum Beispiel rudimentäre Hinweise dafür geben, in welchem Bereich prägende Erfahrungen für die Entwicklung eines Patienten möglicherweise zu finden sind. Da ein Fragebogen aber einen Patienten mit vorgefertigten - also überindividuellen oder allgemeinen - sprachlichen Formulierungen konfrontiert, und die

Antworten durch die quantitative Auswertung nochmals an Gehalt verlieren, kann er einem subjektiven Zugang niemals gerecht werden

3.3 Dritte Kritik an der Schematherapie: Objektivitätsmythos und lineare Kausalität

Die Schematherapie läuft Gefahr, einem Mythos der Objektivität im Sinne von *Lakoff & Johnson* (2018) zum Opfer zu fallen. Die beiden Autoren umreißen diesen **Objektivitätsmythos** mit zehn Punkten, von denen einige Aspekte hier schlaglichtartig aufgegriffen werden sollen:

"Die Welt setzt sich aus Objekten zusammen. Diese Objekte weisen - unabhängig von Menschen oder anderen Lebewesen, die diese Objekte erfahren - ganz bestimmte Eigenschaften auf. ... **Wir verstehen die Objekte in unserer Welt in Kategorien und Konzepten. Diese Kategorien und Konzepte entsprechen den Eigenschaften, die die Objekte an sich (inhärent) besitzen, und den Beziehungen, in denen die Objekte zueinander stehen.** ... Es gibt eine objektive Realität, und über diese können wir Aussagen machen, die objektiv, absolut und unabdingbar wahr oder falsch sind. Doch als Menschen unterliegen wir dem menschlichen Irrtum, d.h. Illusionen, Täuschungen in der Wahrnehmung, Fehlern in der Beurteilung, Emotionen sowie persönlichen und kulturellen Vorurteilen. Wir können uns nicht auf die subjektiven Urteile des Individuums verlassen. Die Wissenschaft stellt uns eine Methodologie zur Verfügung, mit deren Hilfe wir subjektive Beschränkungen überwinden und von einem universal gültigen und unvoreingenommenen Standpunkt aus Verstehen erreichen können. ... Metaphern oder andere Mittel der poetischen, bildhaften, rhetorischen oder übertragenen Sprache können beim objektiven Sprechen grundsätzlich vermieden werden und sollten auch vermieden werden, da deren Bedeutungen nicht klar und präzise sind und ganz offenkundig nicht mit der Realität übereinstimmen" (S. 213ff, Hervorhebungen von mir).

Die Einordnung eines Patienten in ein System von 18 Schemata kann als Versuch gesehen werden, seine phänomenologische Realität zu objektivieren. Der Einbezug von Fragebögen ist dabei aus verschiedenen Gründen problematisch:

- Den Patienten wird suggeriert, dass es möglich und sinnvoll ist, zu Aussagen wie *"Ich bin wertlos und überflüssig. Ich muss alles selbst tun, weil mir niemand hilft. Wenn ich jemanden brauche, ist keiner da."* (Roediger 2015, 32) kontext- und zeitunabhängig Stellung zu beziehen.
- Die Patienten werden mit Aussagen in einer Sprache konfrontiert, die nicht ihre eigene ist. Die Schematherapie ist in diesem Sinne anti-phänomenologisch.
- Die Schematherapie suggeriert durch die 18 Schemata dort Abgrenzungen, wo es sich in Wirklichkeit um komplexe Netze von Bezügen geht. Anstatt das Schema 1 (Emotionale Vernachlässigung) vom Schema 14 (Beachtung-Suchen) abzugrenzen, wäre es aufschlussreicher zu verstehen, wie die beiden Schemata zusammenhängen.
- Durch die unpersönlichen und kontextunabhängigen Formulierungen werden Realitäten geschaffen, die wir alle "irgendwie kennen", z.B. *"Ich bin anders als die anderen. Ich werde*

nicht verstanden, gehöre nicht dazu." (Roediger 2015, 32) Dadurch werden nicht individuelle Problematiken erfasst, sondern allgemein menschliche Erfahrungen. Das Schemadenken führt zu einer Verflachung.

- Die Förderung starrer, konfektionierter Narrative kann gerade bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, die mitunter stark externalisieren, kontraproduktiv sein.

Trotz Roedigers Hinweisen zur Plastizität von Erinnerungen (siehe 3.1.3) scheint die Schemakonzeption dem **Paradigma linearer Kausalität** verhaftet zu bleiben, ganz nach dem Motto "Frühe Schäden, späte Folgen!" (vgl. Petzold, Orth 2013a, 1057f oder metaphortheoretisch bei Lakoff & Jonson 2018, 84ff). Was hier fehlt ist eine longitudinale Perspektive, welche sowohl Belastungen als auch Ressourcen einbezieht, welche sowohl pathogenetisch als auch salutogenetisch orientiert ist, wie das bei der Entwicklungspsychologie der Lebensspanne (*life span developmental approach*, z.B. Petzold 2003a, 515ff) der Fall ist. Das Schemadenken schreibt simplifizierte Narrative eindimensional fest, es fehlen Mehrperspektivität und exzentrischer Blick, welche den Prozess des Verstehens in Bewegung halten würden (vgl. Petzold 2003a, 145ff).

Es scheint so zu sein, dass unsere Diskurse über psychische Störungen nur schwer ohne kausale Narrative auskommen, und dass auch die Wissenschaft fehlende Ursprungsereignisse wenn nötig eigens entwickelt. In diese Richtung argumentiert auch **Michel Foucault**, wenn er die Entwicklung des Traumas als Ursache der Hysterie bei Charcot kommentiert: "Man ist also gezwungen, nach etwas zu suchen, um auf der Ebene der Ätiologie alle diese Phänomene dingfest zu machen und sie daraufhin gemäss einer strengen Pathologie einer bestimmten Ursache zuzuweisen, das heisst, es muss also so etwas wie ein Ereignis gefunden werden. Und so hat Charcot die Vorstellung des Traumas entwickelt" (Foucault 2003, 459, zit. nach Sütterlin 2019, 59).

Zusammenfassend können wir sagen: Das Schemakzept in der Schematherapie kann Patienten und Therapeuten dazu verleiten, kindliche Erfahrungen als objektive Fakten zu behandeln, welche die Störung womöglich in linearer Kausalität verursacht haben. Wir haben es aber in der Psychotherapie streng genommen nicht mit Kausal- sondern mit Analogiebeziehungen zu tun. Der Zugang zu den postulierten "Kindheitserfahrungen" erfolgt in erster Linie über mehr oder weniger deutliche Erinnerungen. Der Eindruck von Kausalität entsteht durch strukturelle Parallelen und die Ähnlichkeit der emotionalen Zustände von damals und heute.

Erinnerungen an Kindheitserlebnisse müssen natürlich nicht "falsch" sein und die Bildung persönlicher Narrative hat bereits einen therapeutischen Effekt. Durch die Reduktion der Komplexität oder Festschreibung von Mustern in Form von biografischen Mythen kann aber eine Stagnation in der therapeutischen Entwicklung erfolgen.

3.4 Diagnostik in der Integrativen Therapie

Zur Erläuterung der integrativen Diagnostik ist die Kenntnis der Grundprinzipien 3 und 4 unumgänglich; deshalb sollen diese hier vorgestellt werden.

Grundprinzip 3 der IT: Leiborientierung als "Hermeneutik vom Leibe her" und Zwischenleiblichkeit

In der Integrativen Therapie wurden schon seit ihren Anfängen "eine kulturtheoretisch reflektierte psychophysiologische, stresstheoretische Ausrichtung in Theorienbildung und Praxis betont", und darin liegt ihre "Spezifität und Innovation gegenüber anderen Integrationsansätzen" (Petzold 2003a, 69). Erkenntnisprozesse werden im Integrativen Ansatz niemals "leibenthoben" gesehen, sondern "Wahrnehmung hat Wahrnehmungsorgane, Kognitionen werden immer als 'embodied' und 'embedded' verstanden, Sprache artikuliert sich leibhaftig, Rollen werden verkörpert." Der Zugang zur leiblichen Dimension ist sowohl über die neurobiologische, als auch über die phänomenologische Ebene möglich: "Perzeptionen, Kognitionen, Volitionen, Emotionen mit ihrer leiblichen Basis, sind in ihren neurophysiologischen und immunologischen Prinzipien (Friedmann et al. 1995; Kandel et al. 1995; Damasio 2000) genauso zu verstehen wie auf der Ebene des leibphänomenologischen, 'eigenleiblichen Spürens' (H. Schmitz 1989), des 'leibhermeneutischen Erfassens' ([...] Merleau-Ponty 1966), das immer seine kulturelle Basis mitreflektieren muss" (Petzold 2003a, 69, Literatur siehe dort).

Auch Verstehensprozesse in der Therapie finden also auf einer leiblichen Basis statt. Zur Verbildlichung von Verstehensprozessen dient in der IT Petzolds (2005p) und Sieper (2006, 175 Abb. 5) **Modell der hermeneutischen Spirale**: "Der Prozess des Verstehens beginnt mit dem (1) Wahrnehmen der Phänomene, geht zum (2) Erfassen von Strukturzusammenhängen und weiter zum (3) Verstehen, das sich zum begrifflich präzisen (4) Erklären verdichtet, um sich wieder dem Wahrnehmen zu öffnen usw." (Apfalter et al. 2021, 127). Wie die folgende Darstellung zeigt, wurden die vier Schritte der Spirale mit spezifischen Hirnstrukturen in Verbindung gebracht, wodurch ein vereinfachtes neuropsychologisches Modell entsteht (Petzold 2003a, 68):

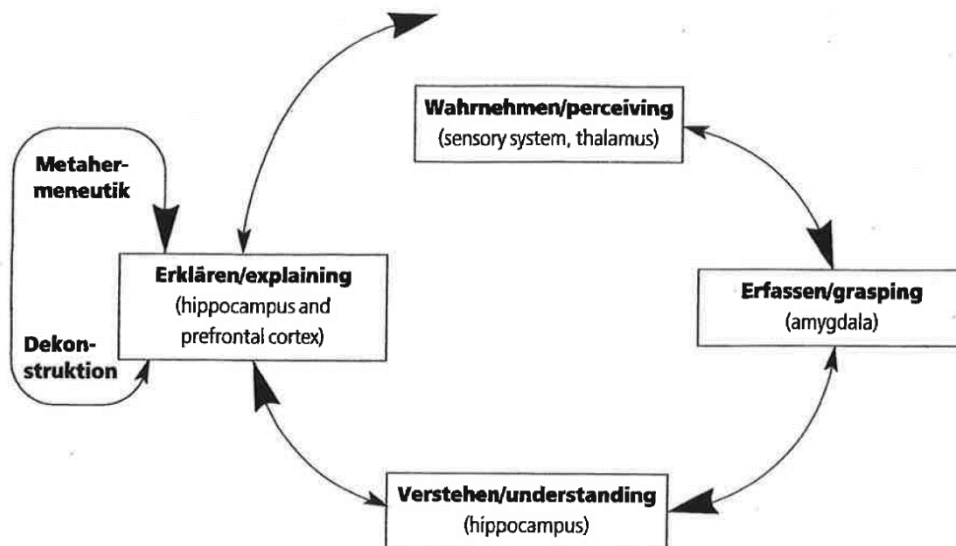


Abbildung: Die leibliche Basis der hermeneutischen Spirale (Petzold, Wolf, Landgrebe, Josic, Steffan2000, 512)

Zu den einzelnen Schritten (vgl. Petzold et al. 2000, 510ff):

- 1. **Wahrnehmen**: Die Sinneswahrnehmungen, welche von den Sinnesorganen her kommen ("perzeptiver Leib"), gelangen zuerst in den Thalamus, welcher die Informationen in seiner Funktion als Verteilerzentrale teils zur Amygdala, teils zum präfrontalen Kortex weiterleitet.
- 2. **Erfassen**: Die Amygdala ermöglicht eine rudimentäre Einordnung der wahrgenommenen Wirklichkeit in Dimensionen wie angenehm/unangenehm, sicher/gefährlich usw. Beim Erkennen von Gefahren treten physiologische Notprogramme in Kraft und es werden Aktionen wie Aggressions- oder Fluchtverhalten ausgelöst.⁶
- 3. **Verstehen**: Der Hippokampus ermöglicht als szenisches Gedächtnis eine Einordnung (Kontextualisierung) des aktuellen Erlebnisses in persönliche, memorisierte Erfahrungen mit ihren Bewertungen. In der Regel gleicht der Hippokampus die von der Amygdala herkommende Information mit gespeicherten Erinnerungen - auch Erinnerungen an Emotionen - ab und reichert sie an. Die Erfahrungen werden im "memorativen Leib" gespeichert. Dieser schliesst auch Körperwahrnehmungen sowie Informationen aus dem eigenen Ausdrucks- und Bewegungsverhalten mit ein ("expressiver Leib").
- 4. **Erklären**: Durch Verbindung mit weiteren (kortikalen) Wissensbeständen wird schliesslich Reflexion und Metakognition möglich,

Der Rückgriff auf neuropsychologische Vorgänge darf allerdings nicht biologistisch missverstanden werden. Die Fähigkeit zum (meta)hermeneutischen Vorgehen befähigt das

⁶ Aber auch einfache Sinneswahrnehmungen - ich ertaste Gegenstände mit geschlossenen Augen, ich lausche dem Geräusch des Windes, ich rieche einen Duft aus der Küche - können die „Archive des memorativen Leibes“ öffnen und das „Wahrnehmen mit der Wahrnehmungsgeschichte“ verbinden, wie Orth & Petzold (2015, 728) aus kunsttherapeutischer Perspektive erläutern. Denn „eine Perzeption ruft die andere“ und weckt weitere Spuren im „Kometenschweif des Gedächtnisses“. Und „in jedem Wahrnehmen erfolgt ein Erkennen, ein Erfassen durch den memorativen Leib, in den unendlich viele Wahrnehmungsereignisse eingegraben sind“ (727).

Individuum vielmehr, den neurowissenschaftlichen Standpunkt selbst dekonstruktiv zu überschreiten, d.h. durch eine exzentrische, übergeordnete Position zu überwinden.

Die Leiblichkeit wird in der Integrativen Therapie aber nicht (nur) vom Subjekt aus rückbezüglich gedacht - "Ich nehme mich wahr", "Ich erfasse mich" etc. - sondern ist intersubjektiv, auf die Lebenswelt ausgerichtet. *Merleau-Ponty* hat dafür den Begriff der **Zwischenleiblichkeit** geprägt. Zwischenleiblichkeit ist eine Grundbedingung für die menschliche Entwicklung: "Subjektivität entsteht [...] von vornherein zwischenleiblich durch leibliche Empfindungen mit Anderen. Der oder die Andere wird in dieser Perspektive also nicht zum Selbst hinzugedacht, das Leibselbst gewinnt sich selbst durch die Erfahrung der Zwischenleiblichkeit" (*Apfalter et al.* 2021, 157). Und so wie für die Entwicklung in der Lebensspanne ist dieser "leibliche Zwischenraum" auch für die therapeutische Beziehung, für Diagnostik und Therapie, grundlegend. Sie ist Bedingung für Resonanz. "Resonanz ist ein Mitschwingen oder gemeinsames Schwingen zwischen Leibsubjekten, wie in frühen Stadien im Wiegen und Schaukeln, das in erster Linie zwischenleiblich und affektiv-emotiv ist und das erst in einem nachgelagerten Schritt phänomenologisch und hermeneutisch verstanden und erklärt werden kann" (ebd.). Zwischenleiblichkeit ist auch die Basis für Mentalisierungen und Ko-respondenz, womit wir beim nächsten Grundprinzip angelangt sind.

Grundprinzip 4: Das Ko-respondenzprinzip

Das Ko-respondenzprinzip wurde von Hilarion Petzold bereits zwischen 1975 und 1978 entwickelt (Petzold 2003a, 93-140). Es ist "ein Herzstück des integrativen Ansatzes, [...] ein zentrales Brückenkonzept, greift von der Metatheorie bis zur Praxeologie und Praxis durch", und Prozesse des Verstehens und der Sinnfindung sind in der IT immer und auf allen Ebenen mit diesem Konzept verbunden. Es geht bei Ko-respondenz um "gemeinsames Antworten, sich gemeinsam ver-antworten", und *Petzolds* Schreibweise mit Bindestrich grenzt das Konzept von der herkömmlichen Bedeutung des Begriffs *Korrespondenz* ab (*Petzold* 1991e, *Apfalter et al.* 2021, 74). "Ko-respondenz ist aber nicht so zu verstehen, dass man sie erst herstellen muss, sie ist in gewisser Hinsicht primordial, ein Moment des Beziehungsgeschehens von Menschen per se, immer schon fungierend als gemeinsames Zur-Welt-sein, „être-au-monde“ (*Merleau-Ponty* 1966), ohne sich bewusst dazu zu entschliessen (*Stefan* 2020, 11). Für unseren Fokus ist im Zusammenhang mit der Erschließung lebensgeschichtlich bedeutsamer Schemata oder Narrative wichtig, dass das Ko-respondenzmodell auch eine Konsensstheorie der Wahrheit ist: "Wahrheit wird kon-sensuell, d.h. als gemeinsame Sinnstiftung, gefunden bzw. konstituiert. Auf Basis von Koexistenz gehen die Partner*innen in Ko-respondenz, in Begegnung und Auseinandersetzung, durchlaufen Konsens-Dissens-Prozesse, die Kon-zepte festlegen, welche als Basis für Kooperation und Ko-kreativität dienen. Damit können die integrativen Positionen in jedem Bereich immer wieder neu problematisiert und bestimmt werden, wodurch Dogmatik verhindert wird" (*Petzold* 1991e; *Apfalter et al.* 2021, 75). In "wechselseitiger, responsiver Empathie und die soziale Realität erfassendem 'sozialen Sinnverstehen' ... wachsen *Sinnerfassungs-, Sinnverarbeitungs- und*

Sinnschöpfungskapazität ... , Bewusstheit ... , Exzentrizität/Sinnerfassungskapazität ... , nimmt Unbewusstheit ... ab und wird Sinn als Konsens gewonnen, und sei es der Konsens, dass man Dissens hat" (Petzold 2003a, 72). Und: Dem Dissens "wird im Integrativen Ansatz eine eminente Bedeutung beigemessen, denn er ist eine Quelle von Innovation, Kokreativität, Ausdruck der Freiheit und der Wertschätzung von Andersheit" (ebd.).

Die Konzeption der psychotherapeutischen Diagnostik in der Integrativen Therapie weicht nun in wesentlichen Punkten von der Schematherapie und anderen verhaltenstherapeutischen Verfahren ab. Petzold (2003a, 992 oder 1048) nennt sie "Prozessuale Diagnostik", bei Osten (2019) heisst sie "Integrative Psychotherapeutische Diagnostik (IPD)". Für unseren Vergleich mit der Schematherapie möchten wir hier auf folgende Unterschiede fokussieren:

- Die Diagnostik der IT geht von einer **Verschränkung von Therapie und Diagnose** aus. Für diesen Umstand verwendet die Integrative Therapie schon seit Ende der sechziger Jahre den Begriff der "**Theragnose**" (Petzold 2003a, 988).
- Die IT weicht ausserdem auf der relationalen Ebene die Rollenzuschreibung von Diagnostiker und Diagnostiziertem auf. Aufgrund des Ko-respondenzmodells, das die Theorie der IT immer durchzieht, muss der diagnostische Prozess als **gemeinsame Unternehmung von Patient und Therapeut** verstanden werden.
- Die Diagnosestellung erfolgt also nicht in einem isolierten Zeitabschnitt zu Beginn der Therapie, sondern es erfolgt eine zunehmende diagnostische Differenzierung über den ganzen Therapieprozess hinweg. Diese Differenzierung ist weniger als eine lineare Entwicklung mit klarem Anfang- und Endpunkt zu sehen, sondern lässt sich besser als spiralförmige Bewegung verstehen, mit der zirkulären Komponente in der horizontalen und der progressiven Komponente in der vertikalen Achse. **Integrative Diagnostik ist prozesshaft** (siehe die Ausführungen zur hermeneutischen Spirale, oben).

Die Daten oder Informationen, welche die Diagnose in der Integrativen Therapie zunehmend anreichern, werden also nicht nur anfänglich "erhoben", sondern kommen der phänomenologisch-hermeneutischen Herangehensweise der IT gemäss aus verschiedenen Quellen der therapeutischen Arbeit. (Stichworte: informierter Leib, Zwischenleiblichkeit, kreative Medien, dichte Beschreibungen usw., siehe oben.)

Osten (2019, IV.6) streicht den **Entwurfscharakter der Diagnose** in den probatorischen Sitzungen heraus, welche auch mit dem Entwicklungsstand des Patienten zu Beginn der therapeutischen Arbeit zu tun haben kann: "Einerseits gibt es klare Limitierungen, was Klienten in einer Phase noch grosser Fremdheit an Selbstöffnung zugemutet werden kann, andererseits können diese zu Beginn einer Therapie sich selbst und ihre Lebensgeschichte oft noch gar nicht zum Ausgangspunkt und Medium ihres Erlebens machen." Unter diesen Voraussetzungen wirft eine initiale Zuweisung des Patienten zu einem vorgefertigten

Schema, zum Beispiel mit Hilfe von Fragebögen, wie sie in der Schematherapie vorgesehen ist, grosse Fragen auf; denn sie überfordert den Patienten nicht nur gleich zu Beginn der Arbeit, sondern die Ausbildung eines differenzierten Selbstbezugs wird durch die Festschreibung durch stereotype Narrative möglicherweise sogar behindert.

In der Integrativen Therapie wird hingegen schon zu Beginn der Therapie, im Erstinterview, besonderes Augenmerk auf die szenische Information gelegt, welche Hinweise zu Konflikten, Defiziten oder Störungen in der Lebensgeschichte des Patienten gibt (siehe z.B. das "fokale Tiefeninterview" bei *Petzold* 2003a, 998ff). Diese Hinweise werden dann im fortlaufenden Prozess vertieft. *Petzold* und *Heinl* (1980, 35) beschreiben es so: "Es handelt sich um ein Prozedere, in dem diagnostische und therapeutische Interventionen konvergieren. Durch den intersubjektiven Ansatz, der die Objektivierung des Patienten ausschliesst, wird das diagnostische Geschehen eingebettet in eine wechselseitige Beziehung bzw. in Übertragungs- und Gegenübertragungskonfigurationen. **Diagnostik lässt die jeweils betrachtete Realität nicht unberührt.** Sie wird damit in jedem Fall 'Intervention'" (zit. nach *Petzold* 2003a, 988, Hervorhebung von mir). In diesem Prozess müssen sowohl die klassifikatorische Bestimmung als auch die Behandlungsplanung ständig überprüft und angepasst werden. Ausserdem sind Ressourcen und Resilienzen zu Beginn der Psychotherapie oft noch unter depressiven Stimmungen verschüttet und entfalten erst nach und nach ihr Potenzial.

Osten (2019, IV.6) betont den Aspekt der **Unabsehbarkeit von Prozessen**, der sich auch die Diagnostik nicht verschliessen kann, und deren ganze phänomenologische Breite am besten mit kreativen Methoden erschlossen werden kann:

"Die Archive der Erinnerung (*Schacter*, 1996) lassen sich ... nicht in digitaler Weise öffnen, und das ist gut so. Weder der diagnostische noch der therapeutische Prozess lassen sich interventiv beschleunigen. Das zwingt unsere Erkenntnisinteressen zu menschlicher Bescheidenheit und die psychotherapeutische Diagnostik zu prozessualen Anpassungen. Prozesse werden gestaltet einerseits durch den Rückgriff auf Vorangegangenes und andererseits durch den Ausgriff auf Erreichbares. [...] Die ununterbrochene Rekursivität menschlicher Mentalisierungswelten – zwischen Erinnerung, Suche nach Sinnstrukturen, Motivation, Handlung und Antizipation – und die Möglichkeiten des Menschen zu hologrammartiger Assoziativität sorgen beständig für nur chaostheoretisch erklärbare Bifurkationen – Zustandsänderungen und Verzweigungen des Erlebens [...]. Menschliche Lebensbewegungen verhalten sich aus diesem Grund nichtlinear, dissipativ (*Prigogine & Stengers*, 1999)."

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Integrative Therapie die diagnostische Beurteilung nicht mittels einer statischen Fallkonzeption festzuhalten versucht, sondern ihre differenzierte prozesshafte Diagnose in der Therapie laufend verfeinert.

Therapie

3.5 Ablauf der Schematherapie

3.5.1 Ziel der Schematherapie

Roediger (2009, 18) schreibt, mit Bezug auf das A-C-A-Prinzip⁷ von Kanfer et al. (1990): "Die Fähigkeit, sich von aktualisierten Handlungsimpulsen distanzieren bzw. diese hemmen zu können, ist die Grundlage aller therapeutischen Prozesse. Um den Aufbau eines neuen Verhaltens zu ermöglichen, muss zunächst das alte, automatisierte Verhalten unterbrochen werden. Erst dann kann unter kontrollierten Bedingungen langsam ein neues Verhalten (bzw. ein neuer Attraktor) aufgebaut werden, das sich dann wieder sekundär automatisieren kann, wenn der Attraktor stark genug geworden ist."

Aus Sicht der Integrativen Therapie wirft die Ausschliesslichkeit dieser Formulierung ("die Grundlage aller therapeutischen Prozesse") bereits Fragen auf. Man kann vermuten, dass die Schematherapie dem *Creating* in der Persönlichkeitsentwicklung wenig Bedeutung zumisst. Im obigen Zitat werden "aktualisierte Handlungsimpulse" per se als dysfunktional verstanden, deshalb muss immer eine Distanzierung und Hemmung erfolgen. Diese einseitig an der Pathogenese orientierte Zielformulierung lässt die salutogenetischen Möglichkeiten, die hier mit den Stichworten *Enlargement*, *Enrichment*, *Empowerment* umrissen werden sollen, ausser Acht. Intuitives, kreatives Potenzial, sowie das Vertrauen auf einen therapeutischen Prozess, in dem unerwartet neue Verhaltens- und Erlebensmuster emergieren können, werden von vornherein ausgeschlossen.

3.5.2 Das Phasenmodell

Im Weiteren soll nun das therapeutische Vorgehen der Schematherapie anhand des Phasenmodells weiterverfolgt werden. Die **Anfangs- und Diagnostikphase (Phase 1)** wurde bereits in Abschnitt 3.1 dargestellt.

In der **Problemaktivierungs- und Klärungsphase (Phase 2)**, die ca. 10 bis 20 Sitzungen dauern soll, stehen folgende Inhalte im Vordergrund:

⁷ "Automatisiertes Verhalten (automatic processing) wird durch eine Phase kontrollierten Verhaltens (controlled processing) unterbrochen, das dann wieder automatisiert werden kann. Durch diese neue Automatisierung ist ein alternativer Attraktor aufgebaut worden " (zit. nach Roediger 2009, 18).

- "- Grosse Imaginationsübungen mit korrigierenden Erfahrungen
 - Achtsamkeit und Distanzierung von Schemaaktivierungen im Alltag üben
 - Schema-Memos machen
 - Verbindung von Alltagssituationen mit der Fallkonzeption
 - Für die Kindseite sorgen und positive Aktivitäten aufbauen
 - Sätze der inneren Elternmodi aufschreiben
 - Dialoge auf Stühlen, um Elternmodi zu entmachten und für die Kindseite zu sorgen"
- (Roediger 2015, 94).

In der zweiten Phase soll die Fallkonzeption also "mit Leben gefüllt" werden (98). Dabei können weiterhin die Partnerin oder der Partner in die Therapie einbezogen werden. Bei einem Schema-Memo soll nach einem emotionalen Erlebnis das Zusammenspiel der Schemata und Modi in der konkreten Situation erfasst werden. Dabei sollen folgende Fragen beantwortet werden (nach *Jeffrey Young*, modifiziert bei *Roediger* 2015, 139):

1. Wie fühle ich mich gerade und aufgrund welcher Umstände? (Emotion und Auslösesituation)
2. Wie habe ich reagiert? Welche alten Schemata und Modi wurden aktiviert?
3. Warum ist diese Verhaltensweise heute dysfunktional? (Realitätsprüfung)
4. Welche alternativen Verhaltensweisen zur Bewältigung kann ich ausprobieren? (Trennen vom alten und Einbrennen des neuen Verhaltensimpulses)

Die vier Schritte des Schema-Memos werden um einen erweitert zu den fünf BEATE-Schritten, welche bei der folgenden, dritten Therapiephase erklärt werden.

In der **dritten Phase** (ca. 10-20 Sitzungen) stehen **Problembewältigung und Verhaltensübungen** im Vordergrund, nämlich:

- "- Schemaaktivierungen im Alltag erkennen (BEATE-Schritte)
- Mit inneren Dialogen auf neues Verhalten umlenken
- Stühledialoge, um Gesunden Erwachsenen zu stärken
- Rollenspiele mit Alltagssituationen
- Wutbriefe schreiben, Trauerarbeit
- Tagebücher oder zumindest Tagesrückblicke machen" (ebd., 94).

Die **BEATE-Schritte** dienen zur positiven Selbstinstruktion. Die fünf Buchstaben des Akronymes entsprechen fünf Bewältigungsschritten, die sozusagen mit den Fingern einer Hand durchgegangen werden können:

- "1. *Benennen*, welche Gefühle und Bewältigungsimpulse in dieser Situation gerade aktiviert sind.
2. *Erkennen*, welche Kind- und Elternmodi (eventuell auch welche biografischen Szenen bzw. Lebensfallen) dahinter stecken.
3. *Anerkennen*, dass die spontan aktivierten Bewältigungsmodi früher funktional waren, aber heute maladaptiv sind; innerlich auf die gesunde Erwachsenenenebene wechseln, neu bewerten, die Grundbedürfnisse spüren und die Verantwortung für eine bessere Lösung übernehmen.

4. *Trennen* von den alten Bewältigungsmodi und diese bewusst loslassen bzw. 'durchwinken'.
5. *Einbrennen* des neuen, funktionalen Bewältigungsverhaltens" (ebd., 122).

In der **vierten und letzten Phase** (ca. 5-10 Sitzungen in längeren Abständen) geht es um **Beibehaltung und Ablösung**:

- An konkreten Alltagskonflikten ügend weiterarbeiten
- Innere Dialoge und Tagesrückblicke beibehalten
- Auf ausgeglichene Tagesbilanz, Pausen und positive Aktivitäten achten
- Bei Schemaaktivierungen den 'inneren Therapeuten' (gesunden Erwachsenen) zurate ziehen" (ebd., 94).

In dieser Phase kann und soll die Frequenz der Sitzung verringert werden. *Roediger* (2015) findet in dieser Phase E-Mail-Berichte hilfreich: "Die E-Mail-Kontakte stellen eine wichtige Brücke beim Übergang von der Übungs- in die Ablösungsphase dar, da die Therapeuten sozusagen innerlich anwesend sind, ohne dass es zu einer konkreten Begegnung in der Therapiesitzung kommt. Dies fördert den Aufbau eines 'inneren Therapeuten', mit dem Sie innerlich Zwiesprache halten können" (99).

Roediger warnt davor, die Therapiesitzungen in dieser Phase zu "Kaffeekränzchen" (100) verkommen zu lassen. Es soll weiterhin eine Erlebnisaktivierung mit Kurzimagination und Stühlearbeit erfolgen.

Auf diese beiden methodischen Hauptpfeiler, die Imaginationen und die Arbeit mit Stühlen, soll im Folgenden noch genauer eingegangen werden.

3.5.3 Imaginationsübungen

Gemäss *Roediger* (2015, 107-112) gehören die Iminationsübungen zu den emotionsaktivierenden Techniken. Sie sind deshalb vor allem bei Patienten mit starker Emotionsabwehr - in der Sprache der Schematherapie: mit ausgeprägtem distanzierten Beschützermodus - notwendig. Imaginationen können zu diagnostischen Zwecken in der Diagnostikphase (a) oder für korrektive Erfahrungen in der zweiten, der Problemaktivierungs- und Klärungsphase (b) eingesetzt werden:

(a) Die Anleitungen in der **Diagnostikphase** lauten ungefähr wie folgt:

- "1. Sie beginnen mit einer aktuellen Auslösesituation und stellen sich diese mit allen Sinnesqualitäten wie in einem Film vor.
 2. Sie konzentrieren sich auf die aktivierten Gefühle, auch wie sich der Körper anfühlt, und versuchen Worte für die Gefühle zu finden.
 3. Sie gehen ganz tief in die Gefühle hinein, lassen sich dann zurücktreiben bis in Ihre Jugend- und Kindheitszeit und lassen Bilder aufsteigen, die zu diesen Gefühlen passen.
- [...]

4. [...] Schauen Sie sich die Umgebung genau an. Was machen die Menschen mit Ihnen? Wie fühlt sich das in Ihnen genau an?
5. Versuchen Sie zu spüren, was ein Kind wie Sie in so einer Situation eigentlich braucht (und was andere Kinder vielleicht auch bekommen). Was macht das für ein Gefühl?" (ebd., 111)

(b) In der **Problemaktivierungs- und Klärungsphase** kommen zur Veränderung des Musters folgende sechs Schritte hinzugefügt:

- "6. Sie, als die erwachsene Person, die Sie heute sind, und der Therapeut gehen in das Bild mit hinein und **entmachten die anderen und versorgen das Kind, als ob es Ihr eigenes wäre.**
7. Schauen Sie, wie Sie sich jetzt fühlen, auch im Körper. Setzen Sie sich ruhig anders hin, wenn Ihnen danach ist.
8. Bleiben Sie mit diesem Erleben in Kontakt und gehen Sie ganz langsam wieder zurück in die Anfangsszene, bleiben dabei aber immer im Kontakt mit dem veränderten Gefühl.
9. Versuchen Sie jetzt in der Anfangsszene gut für sich zu sorgen und Ihre Bedürfnisse und Wünsche den anderen gegenüber deutlich auszudrücken und schauen Sie, wie sich dadurch deren Verhalten verändert.
10. Vergleichen Sie das Gefühl am Ende der Übung mit dem Gefühl am Anfang.
11. Versuchen Sie einen Satz zu finden, der diese Erfahrung wie eine neue Verhaltensregel zusammenfasst" (ebd., Fettdruck von mir, MS).

Bei traumatisierten Patientinnen und Patienten, die sich in einer starken leiblichen Erstarrung befinden, schlägt *Roediger*(2015, 10) die Leinwandtechnik vor, wie sie auch in der Integrativen Traumatherapie verwendet wird (*Petzold et al. 2000; Petzold & Josić 2003*). Sie ermöglicht einen grösseren Abstand, und durch diese Distanzierung das Gefühl von mehr Sicherheit.

3.5.4 Stühle in der Therapie

Die therapeutische Arbeit mit Stühlen ist von *Moreno* über *Perls* in die Humanistische Psychologie gekommen und wurde von der Schematherapie von da übernommen. Gemäss *Roediger*(2015, 107) sind Dialoge auf Stühlen "neben der anfänglichen Aktivierung vor allem eine klärungsorientierte Technik". Je nach Therapiephase stehen andere Schwerpunkte im Vordergrund. Es werden drei prototypische Techniken vorgeschlagen (ebd., 94):

- (a) Die Dialoge auf drei Stühlen, **um Elternmodi zu entmachten und für die Kindseite zu sorgen** (v.a. in der zweiten, der Problemaktivierungs- und Klärungsphase).
- (b) Die Dialoge auf zwei Stühlen, **um den gesunden Erwachsenen zu stärken** (v.a. in der dritten Phase, jener der Problembewältigung).

(c) Rollenspiele auf Stühlen, mit Alltagssituationen (ebenfalls in der dritten Phase).

Im Detail:

(a) Anlass für die **Dialoge auf drei Stühlen** sind meist innere Aktualkonflikte, bei der ein "Kindteil" und ein "Elternteil in Form eines Bewerter, Bestrafer, Antreibers etc." beteiligt sind (ebd., 116). Die Psychoanalyse würde von einem Über-Ich-Konflikt sprechen. Zur

Diagnostik (erste Therapiephase) erfolgt die Arbeit in drei Schritten (ebd., 119, gekürzt):

1. Der Patient beschreibt auf dem mittleren Stuhl den aktuellen Alltagskonflikt.
2. Wenn Gefühle aufkommen, wird auf den Kind-Stuhl gewechselt, bei Bewertungen und Ansprüchen auf den Innere-Eltern-Stuhl. Bewältigungsmodi werden benannt und "herausgenommen".
3. Der Konflikt zwischen Kind- und Innere-Eltern-Seite wird vom Therapeuten eventuell noch zugespitzt.

Zur **Veränderung** (zweite Therapiephase) kommen folgende Schritte hinzu:

4. "Therapeut und Patient stehen auf und schauen auf die Stühle unter Ihnen. Der Patient sollte Wut auf die Innere-Eltern-Seite fühlen."
5. "Der Gesunde Erwachsene entmachtet die Inneren Antreiber, Bewerter oder Bestrafer auf dem Elternstuhl, indem er aus einer realistischen und vernünftigen Perspektive spricht und sich nicht mehr einschüchtern lässt."
6. Beruhigung und Ermutigung des inneren Kindes.
7. Mit diesem kraftvollen Gefühl der Perspektive von oben setzt sich der Patient auf den Stuhl des gesunden Erwachsenen in der Mitte.
8. Wechsel auf Eltern- und Kind-Stuhl zur Prüfung, ob die Entmachtung bzw. Stärkung ausreichend war.
9. Auf dem Stuhl des gesunden Erwachsenen Restspannung wahrnehmen.
10. Evtl. Anweisungen des gesunden Erwachsenen aufschreiben und/oder Rollenspiel für den Transfer in den Alltag.

(b) Die **Dialoge auf zwei Stühlen** sind eine Variation von (a). Hier reagiert der Gesunde Erwachsene auf Einwände der anderen Modi. Dysfunktionale Modi werden weiterhin entmachtet und abgewiesen. "Als Modell kann dabei das Verhalten eines weisen Menschen oder des besten Freundes bzw. der besten Freundin oder gegenüber den Kindmodi ein normales gutes Elternverhalten dienen" (ebd., 121). Der Therapeut kann - psychodramatisch gesprochen - weiterhin als Hilfs-Ich fungieren.

(c) Die **Rollenspiele auf Stühlen** entsprechen ungefähr dem Behaviordrama in der IT. Es geht hier nicht mehr um innere Dialoge, sondern um Dialoge mit anderen Menschen in Alltagssituationen. Der Patient kann alle Rollen selbst spielen und dabei immer den Stuhl wechseln, oder der Therapeut wird vom Patienten instruiert und übernimmt dann einzelne Rollen. Wenn der Patient alle Rollen selbst spielt, kann er sich dazwischen oder danach neben den Therapeuten setzen und sich mit ihm die Szene von aussen anschauen (ebd., 124).

3.5.5 Dauer und Abschluss der Therapie

Roediger (2015, 104) veranschlagt die Dauer einer Schematherapie zwischen 30 und 60 Sitzungen, Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen und traumatisierenden Erfahrungen bräuchten oft 60 bis 80 Sitzungen. Oft treffe man sich im ersten Jahr wöchentlich, im zweiten Jahr nicht mehr. Die geringere Sitzungsichte in den späteren Phasen könnten durch E-Mail-Kontakte kompensiert werden.

Generell seien "nach 10 bis 12 Sitzungen etwa die Hälfte der Therapieeffekte und nach 25 Sitzungen ca. 80 Prozent des Effektes erreicht" (ebd., 135). Veränderungen in der Persönlichkeitsstruktur bräuchten erfahrungsgemäss etwa zwei Jahre (ebd., 136).

3.5.6 Grenzen der Veränderbarkeit

Roediger (2009, 33-38) führt mit Bezug auf Grawe (2004) aus, dass man in der psychologischen Forschung früher davon ausgegangen sei, dass die neuronalen Erregungsmuster, welche für dysfunktionale Reaktionsweisen verantwortlich seien, in der Therapie gelöscht werden könnten. Heute nehme man dagegen an, "dass die alten neuronalen Verbindungen durch neue aufgebaute Verbindungen in ihrer Aktivierung gehemmt werden, sodass das früher gezeigte Verhalten nicht mehr auftritt" (ebd., 36). Wenn die neu aufgebauten Bahnungen (zum Beispiel durch Stress) nachliessen, könnten sich die alten Verhaltensmuster wieder durchsetzen. Verhaltensrückfälle kämen deshalb früher oder später bei allen Störungen vor. Man sei deshalb vom "Löschungsmodell" abgekommen. Um ein Beispiel zu nennen: Die Therapie von Angststörungen sollte nicht das Ziel verfolgen, dass Angstaktivierungen nicht mehr aufträten (*Vermeidungsziel*), denn dieses Ziel würde nie wirklich erreicht. Stattdessen sollte die Strategie in der Verfolgung des *Annäherungsziels* bestehen, auf das Gefühl von Angst im Alltag aktiv antworten zu können. Es wird so bei Angstpatienten "nicht die primäre, emotionale Reaktion auf den Auslösereiz gelöscht, sondern die Wahrnehmung des Reizes und das gezeigte Verhalten werden entkoppelt. Dadurch wird das Aufschaukeln der für die Angststörungen typischen Teufelskreise unterbrochen und die vegetative Erregung bleibt geringer" (ebd., 37).

Die Therapie kann also vereinfacht gesagt nicht die frühkindlichen Schemata aus der Welt schaffen, sondern muss sich auf die Entwicklung und Differenzierung der Bewältigungsmodi konzentrieren. Das müsse in der Anfangsphase einer Therapie geklärt werden. Patienten würden hoffen, "im Sinne eines 'Reparaturmodells' ihre Störung 'ein für allemal loszuwerden'". Dieser Haltung müsse "das Modell einer lebenslang notwendigen 'Selbstbehandlung'" entgegengestellt werden, das eher unpopulär sei (ebd., 38).

3.6 Das therapeutische Vorgehen in der Integrativen Fokalthherapie

Wir haben bereits einige Charakteristika des therapeutischen Zugangs der Integrativen Therapie angesprochen, nämlich

- die herakliteische Orientierung in Forschung und Praxis, das heisst die Offenheit in Kontext und Kontinuum
- die sogenannte Ko-respondenz, welche sich aus einer grundsätzlichen Haltung des gemeinsamen Zur-Welt-Seins, des *être-au-monde* im Sinne von *Merleau-Ponty* ergibt
- daraus folgende eine partnerschaftliche Therapiebeziehung, die in der Grundregel der IT festgehalten ist (Stichworte: Konvivialität, Therapie auf Augenhöhe, doppelte Expertenschaft, Respekt vor der Andersheit des Anderen, *informed consent* und ein hohes ethisches Bewusstsein im Bereich von *patient dignity*, *patient welfare*, *patient safety*)
- die Betonung von Leiblichkeit und Zwischenleiblichkeit
- den phänomenologisch-hermeneutischen Ansatz, die hermeneutische Spirale
- die Ausrichtung auf eine empirische, longitudinale Entwicklungspsychologie (*lifespan developmental approach*), welche sowohl salutogenetische als auch pathogenetische Faktoren einbezieht
- die Anthropologie des schöpferischen Menschen, welche den Einsatz verschiedener kreativer Medien nahelegt.

Diese Aufstellung ist nicht vollständig. Noch nicht thematisiert wurde bis jetzt zum Beispiel die Bedeutung des ökologischen Kontexts.

Wir werden uns nun wiederholt auf die Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) nach *Petzold* (1993p; 2003a, 985-1050) beziehen, mit der die gleiche Klientel wie mit der Schematherapie behandelt werden kann. Dieses Format eignet sich deshalb gut für eine Gegenüberstellung mit der Schematherapie. Eine umfassende Darstellung des Vorgehens in der IFK ist im Rahmen der vorliegenden Arbeit allerdings nicht möglich. Wir werden uns im Folgenden auf die besonders relevanten Aspekte beschränken müssen.

3.6.1 Therapeutischer Prozess

Die folgende Darstellung, welche eigentlich dreidimensional sein müsste, zeigt einen prinzipiellen Unterschied in der integrativen Konzeption des therapeutischen Prozess im Vergleich zur Schematherapie. Während letztere gleichsam eine lineare, horizontale Entwicklung mit verschiedenen Phasen im Sinn hat (vgl. 3.1.2), denkt die integrative Therapie in einer spiralischen Bewegung nach oben. Dabei verhalten sich die sogenannten Viationen des Patienten und des Therapeuten (gestrichelte und gepunktete Linie) in ständiger Annäherung und Distanzierung zueinander. Die ausgezogene Linie, die sogenannte Trajektorie, stellt die handlungsleitenden Konzepte und Strategeme in der Therapie dar.

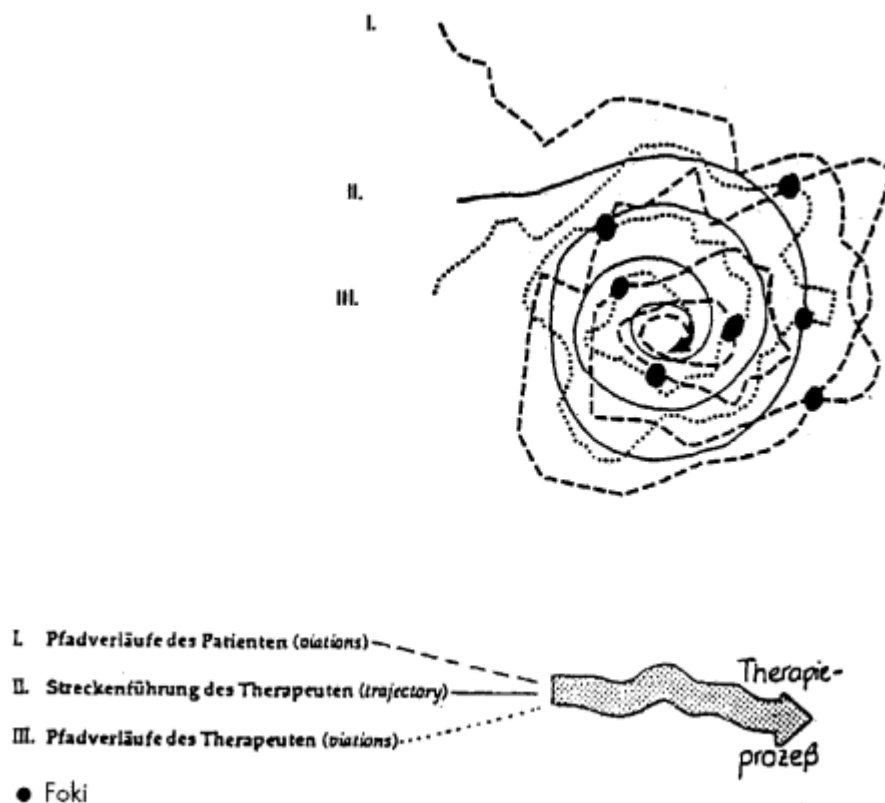


Abbildung: : Rotierende Foki im spiralig mäandrierenden Fortschreiten des Therapieprozesses (Petzold 2003a, 1018)

"Durch Trajektorien wird nämlich versucht, die **Viationen des Patienten**, d.h. die psychodynamischen Strebungen, die Motivationen, Interessen, Einflüsse aus dem aktuellen Lebensfeld und dem sozialen Netzwerk, die den Lebensweg des Patienten im Alltag und in der Therapie prägen, zu beeinflussen. Die Trajektorien sollen durch entsprechende Intervention eine Wegführung bereitstellen. Sie bieten weiterhin durch ihre konzeptuellen Linien ein mögliches Korrektiv für die **Viation des Therapeuten**, seine biographisch begründeten, psychodynamischen Strebungen (z.B. Eigenübertragungen) und Einflüsse aus der Lebenswelt bzw. 'social world'" (Petzold 2003a, 492).

Auf diesen Linien bzw. dem therapeutischen Weg sind die Foki als schwarze Punkte gekennzeichnet. Es werden je nach Reichweite, emotionaler Besetzung und biographischem Gewicht die Makro- von den Meso- und Mikrofoki unterschieden. In der IFK versucht man den Haupt- oder Makrofokus mit der grössten Ladung - das Lebensthema - zu finden und zu halten (ebd., 1016). "Dies alles, die beiden Viationen und das Trajektorium, bilden den **therapeutischen Prozess**, der sich *spiralig* und - bei gelingendem Verlauf - *prinzipiell progredierend* auf die gesteckten und (soweit dies immer möglich ist) ko-respondierend per Konsensbildung festgesetzten, kurzfristigen, mittelfristigen und langfristigen therapeutischen Global-, Grob- und Feinziele zubewegt" (ebd., 492).

Die Rolle des Therapeuten und die Art seiner Möglichkeiten zur Förderung des Patienten beschreibt *Osten* (2019, IV.6) wie folgt:

"Hinsichtlich der Veränderungsprozesse beim Menschen kann man von einer autochthonen Bewegung ausgehen, die sich nur zum Teil von aussen steuern lässt, respektive, deren Eigenbewegung durch therapeutische Manipulationsversuche eher gestört und verzögert wird. Wie also sind therapeutische Prozessbewegungen zu verstehen? Wie kann man diese Eigenbewegung fördern? Die Antwort lautet: indem man nichts von ihr will, indem man Entwicklungsräume für sie schafft, sie laufen lässt und ihr interessiert zuschaut. Anstatt also immer noch weitere Versicherungs- oder Objektivierungsversuche aufzubauen, um (fragwürdige) faktizistische Wahrheiten zu produzieren, braucht man *Zeit* und *Geduld*. In Zeiten des Funktionalismus Mangelware, bloss aus diesem Grund aber nicht abzulehnen. Zeit, die Phänomene in Erscheinung treten zu lassen, sie (nur!) am Rande (nicht im Zentrum!) zu berühren, Aufmerksamkeit auf sie zu lenken, um zu sehen, was dann ohne Weiteres (durch die Berührung, durch die herangeführte Bewusstheit) von alleine geschieht und wie das (auf das Subjekt) wirkt. Durch diese Berührung entsteht eine Eigenbewegung, zuerst in den Emotionen, dann im Geist, dann in den Intentionen, dann ins Handeln übergehend. Diese Bewegung macht nicht der Therapeut, nicht einmal der Klient, sie entsteht von allein und beide Interaktionsteilnehmer haben teil. Man wird dem Wasser kein Bett graben müssen, es fliesst von alleine durch die Landschaft und bahnt sich dort seinen Weg. Das besitzt auch eine eigene Schönheit. Dies ist prozesshaftes Verstehen und Arbeiten im integrativen Denken. Goethe (1833) hat wohl diese Zusammenhänge gesehen, als er sagte: 'Man suche nur nichts hinter den Phänomenen, sie selbst sind die Lehre.'"

3.6.2 Therapeutische Ziele

Zu den Zielen ist zu sagen, dass sie der anthropologischen Grundformel gemäss immer "eine prozessuale Aktivierung des Leibsubjekts (Körper, Seele und Geist) mit dem Ziel einer integrierten Persönlichkeit, souveräner Lebensgestaltung sowie intersubjektiver und ökologischer Bezogenheit" beabsichtigt, wobei die "Entwicklung und Förderung von Sinnerfassungs- und Sinnstiftungskapazität" zentral ist (*Apfalter* et al. 2021, 156; *Petzold* 2001k/2012 und *Sieper* 2006, beides grundlegend).

Grundprinzip 5 der IT: Die anthropologische Grundformel

Die anthropologische Grundformel wurde von H. G. Petzold bereits 1965 in einer ersten Fassung formuliert und dann verschiedentlich ergänzt bzw. mit anderen wissenschaftlichen Akzenten versehen (vgl. *Petzold* 2006k/2011). Die Basiselemente sind in der folgenden knappen Formulierung von *Petzold* (1988n, 188) von *Apfalter* et al. (2021, 51) zitiert: "Der Mensch ist Körper-Seele-Geist-Subjekt im ökologischen und sozialen Kontext und Kontinuum, ist Leibsubjekt in der Lebenswelt." Damit ist sowohl der Mensch als Ganzheit angesprochen als auch seine Einbettung in den sozialen und ökologischen Kontext. Entsprechend der fünf Elemente Körper, Seele, Geist, soziale und ökologische

Umwelt kann Integrative Therapie heissen: «Körpertherapie, Psychotherapie, Nootherapie, Soziotherapie und Ökotherapie» (Petzold 1988n, 188).

An diesem Punkt unterscheidet sich die Integrative Therapie wesentlich vom verhaltenstherapeutischen Schwerpunkt der Schematherapie. Erinnern wir uns an das Diktum von *Roediger* (2009, 18): "Die Fähigkeit, sich von aktualisierten Handlungsimpulsen distanzieren bzw. diese hemmen zu können, ist die Grundlage aller therapeutischen Prozesse" (vgl. oben 4.1.1).

Als **Globalziel** definiert die IT demgegenüber die "Gewährleistung von Selbstregulation und Selbstverwirklichung im Lebenskontext" sowie die "Humanisierung des Lebenszusammenhangs" (Petzold 2003a, 504f). Diese Definition geht also über die Zielsetzung des Heilens (*curing, coping, supporting*) hinaus und zieht auch die fördernden Aspekte (*enlargement, enrichment, empowerment*) mit ein. Auch die **Feinziele** können unterschiedliche Schwerpunkte haben, nämlich: "(1) präventive Prophylaxe, (2) konservierende und stabilisierende Erhaltung, (3) rehabilitative Restitution zur Behebung bzw. Verbesserung von Störungen, (4) evolutive Entwicklung zur Entfaltung und Förderung potenzieller Kompetenzen, (5) supportative Daseinsbewältigung (Coping) bei irreversiblen Störungen, (6) politische Repräsentation als Vertretung und Sicherung von Ansprüchen im gesellschaftlichen Kontext sowie (7) die Verbesserung von sozioökonomischen Bedingungen und materiell-logistischen Ressourcen" (Apfalter et al. 2021, 156 nach Petzold, Leuenberger, Steffan 1998).

3.6.3 Die vier Wege der Heilung und Förderung

	1. Weg: Bewusstseinsarbeit	2. Weg: Nach- /Neusozialisation	3. Weg: Erlebnis- /Ressourcenaktivierung	4. Weg: Exzentrizitäts- /Solidaritätsförderung
Ziele	Einsicht, Sinnfindung, kognitive Regulation: „Sich selbst verstehen, die Menschen, die Welt, das Leben verstehen lernen“	Grundvertrauen, Selbstwert, emotionale Regulation: „Zugehörig sein, beziehungsfähig werden, Liebe spüren und geben, sich zum Freund werden“	Persönlichkeitsentfaltung/-gestaltung, Lebensstiländerung: „Neugierde auf sich selbst und Andere, sich selbst zum Projekt machen, sich in Beziehungen entfalten.“	Metaperspektive, Solidarität, Souveränität: „Nicht alleine gehen, füreinander eintreten, gemeinsam Zukunft gewinnen“
Inhalte	Lebenskontext/Kontinuumsanalyse, Problem-, Ressourcen-, Potential-, Lebenszielanalysen, Biographie- u. Identitätsarbeit, Zukunftsplanung, Sinn- u. Wertefragen, Neubewertungen (appraisal), Änderung von kognitiven Stilen und des Lebensstils durch korrigierende kognitive Einsicht	Stärkung von Grundvertrauen u. Selbstwert, Restitution beschädigter Persönlichkeitsstrukturen, des emotionalen Spektrums, der empathischen Kompetenz, der Beziehungsfähigkeit, Neuwertungen	Erschliessung persönlicher und gemeinschaftlicher Ressourcen/Potentiale, Kreativitätsförderung, Netzwerk-Enrichment, Hemmung dysfunktionalen Verhaltens, Lebensstiländerung durch alternative, kognitive/emotionale Erfahrungen und multisensorische	Exzentrische, mehr- u. metaperspektivische Betrachtung von Lebenslage, Entfremdungsproblemen, Lebens-/Zukunftsplanung, Netzwerkentwicklung, Wertefragen, Identitätsarbeit, Lebensstiländerung

		(valuation), Änderung emotionaler Stile durch korrigierende emotionale Erfahrungen	/multiexpressive Performanzen	durch gemeinsame kognitive/emotionale Erfahrungen und multisensorische /multiexpressive Performanzen
--	--	--	-------------------------------	--

Tabelle: Synopse der vier Wege der Heilung und Förderung (nach *Petzold, Orth, Sieper* 2005, 52, gekürzt)

Die vier Wege der Heilung und Förderung stellen in der Integrativen Therapie eine grundsätzliche Orientierung für das therapeutische Handeln dar. Es werden nicht in allen Therapien alle vier Strategien verfolgt; jede Behandlung setzt andere Schwerpunkte und nutzt das Zusammenspiel der vier Wege in anderer Weise. "Mit den 'vier WEGEN' wurde eine Praxeologie 'vielfältigen Sinnes' entwickelt, mit der der Integrative Ansatz als 'biopsychosozialer Humantherapie' ... in Höhen-, Tiefen- und Breitendimensionen reichen kann", schreiben *Petzold, Orth, Sieper* (2005, 52).

Erwähnt aber nicht vertieft werden soll an dieser Stelle noch, dass die IT innerhalb der vier Wege mit verschiedenen "Modalitäten" arbeitet, nämlich:

"I. Übungszentriert-funktionale Modalität,
 II. Erlebniszentriert-stimulierende (agogische) Modalität,
 III. Konflikt- und störungszentrierte Modalität,
 IV. Supportive, beratend-soziotherapeutische Modalität,
 V. Netzwerk- und lebenslageorientierte Modalität, VI. Medikamentengestützte Modalität"
 (*Petzold* 2005, 52).

Ein Vergleich der vier Wege mit der Schematherapie ergibt folgendes Bild:

- **Bewusstseinsarbeit:** Der 1. Weg ist auch in der Schematherapie präsent, allerdings dort mehr von den Schema- und Moduskategorien bestimmt. Die IT geht phänomenologisch-hermeneutisch vor und Faktoren wie Leiborientierung spielen eine grössere Rolle.
- **Nach- / Neusozialisation:** Durch die starke Betonung des *Reparenting* in den Strategien der Schematherapie ist beim 2. Weg die grösste Übereinstimmung anzutreffen.
- **Erlebnis- / Ressourcenaktivierung :** Beide Verfahren betonen die Wichtigkeit der Erlebnisorientierung, im 3. Weg zeigt sich das Erbe des Psychodramas und der Gestalttherapie.
- **Exzentrizitäts- / Solidaritätsförderung :** Der 4. Weg ist in der IT viel stärker gewichtet. Wie wir noch sehen werden (Kap. 5) beurteilt die Schematherapie die Einnahme einer exzentrischen oder Metaperspektive beim Patienten schnell als Widerstand (Modus des distanzierten Beschützers). Die Schematherapie betont eher die Wichtigkeit der Compliance bzw. Adhärenz des Patienten in Bezug auf die Vorannahmen des Verfahrens.

3.6.4 Die 17 Wirkfaktoren der Integrativen Therapie

In den vier Wegen und den Modalitäten können nun die 17 Wirkfaktoren als Mikroheuristiken zum Tragen kommen, nämlich:

- "1. Einführendes Verstehen [protektiv], Empathie [supportiv] (EV)
 2. Emotionale Annahme [protektiv] und Stütze [supportiv] (ES)
 3. Hilfe bei realitätsgerechter [supportiv, konfrontativ], praktischer Lebensbewältigung (LH)
 4. Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft [supportiv, konfrontativ] (EA)
 5. Förderung von Einsicht [supportiv, konfrontativ], Sinnerleben, Evidenzerfahrung (EE)
 6. Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit [protektiv, supportiv, konfrontativ] (KK)
 7. Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation, psychophysischer Entspannung (LB)
 8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen (LM)
 9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte (KG)
 10. Erarbeitung positiver Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonte (PZ)
 11. Förderung positiver persönlicher Wertebezüge, Konsolidierung der existentiellen Dimension (PW)
 12. Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens und positiver selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen, d.h. von 'persönlicher Souveränität' (PI)
 13. Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke (TN)
 14. Ermöglichung von Empowerment- und Solidaritätserfahrungen [supportiv, konfrontativ, protektiv] (SE)
 15. Förderung eines lebendigen und regelmässigen Naturbezugs [protektiv, supportiv] (NB)
 16. Vermittlung heilsamer ästhetischer Erfahrungen [protektiv, supportiv] (ÄE)
 17. Synergetische Multimodalität [protektiv, supportiv, konfrontativ] (SM)"
- (Petzold 2016n, 19).

Aus dieser Liste ist vor allem der **Faktor 17** hervorzuheben. Er nimmt die schon in der Gestalttherapie bedeutsame **Übersummativitätsannahme** auf:

"Die **Gesamtheit** (das *ensemble*) von wirksam werdenden Wahrnehmungen/ Eindrücken ist als **Synopse** [mehr und] etwas anderes als die Summe der Teileindrücke, und die **Gesamtheit** (das *ensemble*) von Interventionen/Wirkungen ist als **Synergie** [mehr und] etwas anderes als die Summe der Teilwirkungen" (ebd., 25).

Dieser Faktor ist ein Merkmal aller integrativ arbeitenden Verfahren. Petzold et al. (2016n, 20) schreiben:

"Die **Synergieeffekte der Multimodalität** – das Zusammenwirken von '**Bündeln von Massnahmen**'– findet man in 'multimodalen Verfahren' und 'multimethodischen Ansätzen' wie in den modernen Verfahren in der 'Dritten Welle' der Verhaltenstherapie, etwa in *M. Linehams* DBT, *J. Youngs* Schema-Therapie, *J. McCulloughs* CBASP und natürlich in Vorreiterposition in der **Integrativen Therapie**(*Petzold, Sieper, Orth*), die als erstes Verfahren mit einem methodenübergreifenden und systematisch differentiell und integrierend operierenden Prozessmodell arbeitete: Den '**Vierzehn Heil- und Wirkfaktoren**' in der Integrativen Therapie (*Petzold* 1993p, 1036), die 2014 auf **17** aufgestockt wurden: '**14 + 3**'".

Daraus folgt eine therapeutische Haltung, die mehr auf die geeignete Kombination von Wirkfaktoren in Form von "Bündeln von Massnahmen" Wert legt als auf festgeschriebene, manualisierte Vorgehensweisen. Es geht um multimodale Ansätze, bei denen weniger die Menge an Therapie ausschlaggebend ist, sondern die richtige Mischung.

3.6.5 Emergenz

Die soeben erwähnten Synergieeffekte werden heute auch unter dem Stichwort der Emergenz abgehandelt. Der Emergentismus spielt in der Integrativen Therapie zum Beispiel in der Konzeptualisierung der Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse eine Rolle. Die IT vertritt bei dieser Frage eine prinzipiell materialistisch-monistische Position: "In einem materialistischen Monismus liegen allen Gedanken, Ideen, Gefühlen, Willensakten zerebrale Prozesse mit ihrer materiellen Basis zugrunde, die als biologisches (biochemisches, bioelektrisches) Geschehen zu begreifen sind" (*Petzold* 2009c, 4). Mit dem Konzept des (schwachen oder starken) Emergentismus wird zu fassen versucht, welcher Art der Zusammenhang zwischen Mentalem, Psychischem und Körperlichem ist. "**Leib** ist dann das Zusammenspiel von **anorganisch-materiellen** (philosoph. „stofflicher“) und **organismischen materiell-transmateriellen** (philosoph. „belebter“) Prozessen, sowie **mental-transmaterieller**(philosoph. „bewusster“ bzw. „bewusstseinsfähiger“, „geistiger“)
Wirklichkeit. Bei dieser spricht man auch von **Qualia** (von lat. *Qualis* „wie beschaffen“), dem subjektiven Erlebnisgehalt eines mentalen Zustandes bzw. phänomenalen Bewusstseins" (ebd. 6).

Emergenzphänomene spielen gerade auch in solch komplexen Prozessen wie in Psychotherapieverläufen eine Rolle: "Die ablaufenden nonlinearen Interaktionen, d.h. Prozesse in offenen, dynamischen *nonequilibrium Systems*(in aller Komplexität, ihrer dynamischen Instabilität), bewirken Emergenz, generieren *Trans-Qualitäten*, Muster höherer Ordnung als *Emergenzien*. Genau das bezeichnen wir als *produktive* Selbstorganisation, in der lineare Kausalität ein Sonderfall multipler (zirkulärer) Kausalitäten ist und das **Emergenzpotential** eines Systems über seine Überlebensfähigkeit und Generativität entscheidet." (*Stefan* 2020, 80, zit. nach *Petzold* 2007a, S. 43).

Stefan (2020, 80) sieht im Emergenzkonzept einen Schlüsselbegriff für das Therapieverständnis der IT: "Es kann nicht genug herausgestellt werden, dass in der Integrativen Therapie das Synergetische und das Emergente die Metatheorie in allen Dimensionen durchzieht, also nicht nur hinsichtlich der Frage des Verhältnisses von Körper und Geist, sondern auch der Leib-Weltverhältnisse (*Petzold, Orth* 2017a). Dies bildet sich insbesondere an den häufigen Begriffserweiterungen mit dem Präfix 'Ko' wie bei Ko-Kreation, Ko-Evolution, Ko-Respondenz usw. ab."

3.7 Die drei Wirkmechanismen nach *Wampold, Imel & Flückiger*

Für die Beurteilung der Schematherapie aus der Sicht der IT sind die drei Wirkmechanismen, die *Wampold, Imel & Flückiger* (2018) herausgearbeitet haben, aufschlussreich. Die Autoren liefern in ihren Studien massgebliche Evidenz für die Bedeutung der Person des Psychotherapeuten. In diesen Arbeiten wird dem "Medizinischen Metamodell" ein beziehungsbasiertes "Kontextuelles Metamodell" gegenübergestellt und es werden drei Wirkmechanismen identifiziert:

Wirkmechanismus 1: Echte Beziehung

Damit ist eine vertrauliche emotionale Beziehung von zwei Menschen gemeint, die sich im Therapieraum gegenüber sitzen. Das zugewandte Beziehungsangebot des Therapeuten ermöglicht "einen Anteil an Selbstoffenbarung und Intimität [...], der sonst in natürlichen Interaktionen zwischen Menschen kaum beobachtet wird - auch nicht in familiären Interaktionen" (ebd., 89). Die theoretischen Wurzeln dieser Beziehungskonzeption liegen u.a. in der Gesprächspsychotherapie. Als Attribute zu ihrer Charakterisierung werden Adjektive wie "natürlich, ungekünstelt und zugewandt" oder "authentisch, offen und ehrlich" verwendet. "Das soziale Rollenverständnis von Therapeuten verlangt somit echt produzierte Beziehungsangebote, die über aufgesetzte Emotionen, wie beispielsweise vorgespielte Freundlichkeit, hinausgehen. Dieses Verständnis umfasst weiter die Annahme, dass das Beziehungsverhalten von Patienten in klinischen Settings nicht ausschliesslich störungsspezifisch zu interpretieren ist" (ebd.). Diese Sicht der therapeutischen Relationalität passt zum Konzept der "Konvivialität" oder "Gastlichkeit" in der Integrativen Therapie und deren phänomenologischer Orientierung, und relativiert ein Verständnis des Patientenverhaltens, das sich einseitig auf die Wirkung frühkindlicher Schemata oder das Übertragungsgeschehen beruft (vgl. *Petzold* 2003a, 808). Die wertschätzende Beziehung basiert zu einem wichtigen Teil auf gegenseitiger Perspektivenübernahme und Einfühlung, auf dem komplexen Prozess der Empathie mit seinen Korrelaten auf der neuronalen und expressiv-motorischen Ebene. Die leiblichen Synchronisierungsprozesse zwischen den Interaktionspartnern, die dabei ablaufen und therapeutisch genutzt werden können - in Form von (Wider-)Spiegelung, Emotionsübernahme oder Nachahmung -, werden in der IT mit dem Stichwort "Interactional Movement Coordination" (IMC) aufgegriffen (*Petzold* 2003a, 1080ff).

Wirkmechanismus 2: Erwartungen

Hier sind zuerst einmal Placeboeffekte angesprochen, die sowohl bei psychopharmakologischen als auch psychotherapeutischen Behandlungen recht robust sind (Wampold et al. 2018, 92). Bereits der Entschluss, eine Psychotherapie in Angriff zu nehmen, kann Hoffnung auf positive Veränderung geben, das Gefühl von Selbstwirksamkeit vergrössern und damit subjektive Besserung bewirken.

Die Wirkung von Erwartungen geht in der Psychotherapie aber noch weiter als diese sehr pauschalen Mechanismen. Für eine effektive Therapie muss dem Patienten gemäss diesen Autoren einerseits eine *Erklärung* für seine Schwierigkeiten bereitgestellt werden, und es müssen andererseits *Mittel* zur Minderung oder Überwindung der Probleme angeboten werden; zwischen Theorie und Massnahmen muss der Patient dann eine einleuchtende Verbindung herstellen können. Die Resultate dieser Forschung weisen darauf hin, dass für die Wirkung aber nicht die allgemeine wissenschaftliche Gültigkeit der Theorie ausschlaggebend ist. "Die Ursachen von psychischen Störungen sind oftmals multidimensional, kaum kausal zu verorten [...] und für die Schaffung von Erwartungen oftmals wenig relevant" (93). Die Erwartungshaltung basiert stattdessen "auf der subjektiven Akzeptanz der problemspezifischen Erklärung sowie der Stringenz der therapeutischen Massnahmen, die mit der Erklärung in Einklang stehen" (ebd.). Und: "Wenn der Patient der Erklärung Glauben schenkt und Zuversicht gewinnt, dass **sein Engagement in der Therapie** seine Lebensqualität verbessern oder ihm bei der Problembewältigung helfen kann, werden Erwartungen geweckt, die therapeutischen Nutzen bringen!" (ebd.)

Eine Behandlung, in der man "die Probleme einfach mit einem empathischen Zuhörer bespricht" (das heisst ein *common factor treatment*, das ausschliesslich auf der echten Beziehung beruht), ist zwar nicht wirkungslos aber unvollständig. Die Autoren führen aus: "Frank stellte 1961 fest, dass alle wirksamen Heilmethoden einen 'Mythos' und ein 'Ritual' enthalten. Anders ausgedrückt: Einer der gemeinsamen Faktoren, der systematische Verwendung findet, ist der Einsatz einer begründeten und auf die Therapieziele bezogenen Behandlungsdurchführung, die mit dem Patienten ausgehandelt und von ihm und dem Therapeuten akzeptiert wird" (Wampold et al. 2018, 94). Diese beiden Elemente (Mythos und Ritual) können in der Schematherapie leicht identifiziert werden: Auf der einen Seite stellen das Schema- und Modusmodell prägnante theoretische Folien dar, auf der anderen Seite steht ein übersichtliches Set an therapeutischen Tools (wie die Arbeit mit Stühlen oder Imaginationen) zur "Veränderung alter Muster" zur Verfügung. Erwartungseffekte werden deshalb in der Schematherapie eine bedeutsame Rolle spielen.

Wirkmechanismus 3: Behandlungsdurchführung

Das Kontextuelle Metamodell vertritt die Haltung einer *allgemeinen Psychotherapie* mit individueller Fallkonzeption und massgeschneidertem Vorgehen, und stellt im Zusammenhang mit dem dritten Wirkmechanismus den Ansatz der (störungs-)spezifischen Psychotherapien mit manualisierten Interventionspaketen in Frage.

Wampold et al. (2018, 94) schreiben: "Statt ein gesondertes Defizit vorauszusetzen, welches durch eine bestimmte Komponente geheilt wird, erklärt das Kontextuelle Metamodell, dass

die spezifischen Bestandteile aller Therapien den Patienten veranlassen, etwas allgemein Heilsames zu tun. Das heisst, dass der Patient für sich gesundheitsfördernde Massnahmen in Angriff nimmt oder reaktiviert, was zu einem Anstieg von etwas Gesundem oder einem Rückgang von etwas Ungesundem führt. Die Effekte von 'Lifestyle'-Variablen, seien es vermehrte Bewegung, vermehrte soziale Interaktion, Stressabbau oder religiös-spirituelles Engagement, auf die psychische Gesundheit sind grösstenteils unterschätzt und oft ignoriert worden (Walsh, 2011)". Die Autoren versuchen, "die Wirkungsweise der Psychotherapien über die allgemeinen Rahmenbedingungen zu erklären, die in allen Psychotherapien erstaunlich ähnlich sind" (ebd., 96). Beispielsweise ist bei Vermeidungsverhalten oder Ängsten die therapeutische Idee irgendeiner Form von Exposition sehr verbreitet und breit akzeptiert, auch wenn die verschiedenen Schulen diese Vorgehensweise unterschiedlich herleiten und begrifflich fassen. Oder: Es haben Patienten über das ganze diagnostische Spektrum hinweg Schwierigkeiten mit menschlichen Beziehungen. Die meisten Therapien werden deshalb dieses Problem angehen, und eine Verbesserung der sozialen Interaktionen wird auch auf andere Aspekte der Störung eine positive Wirkung haben. Ausserdem sind komorbide Störungsmuster weit verbreitet; für die Behandlungsplanung ist hingegen zweitrangig, welches die Primärdiagnose ist.

Schlussfolgerungen: Das Medizinische Metamodell betont die unterschiedliche Wirksamkeit verschiedener psychotherapeutischer Verfahren und unterstreicht den Effekt spezifischer Komponenten für den Behandlungserfolg. Wampold et al. (2018, 326) wenden aber ein: "Seit dem Beginn der direkten Vergleiche zwischen zwei vollumfänglich therapeutisch intendierten Behandlungen besteht erstaunlich geringe empirische Evidenz dahingehend, dass zwischen den Behandlungen Wirksamkeitsunterschiede bestehen. Was auch immer es in den Resultaten an Varianzen gab (d.h. einzelne Studien, die einen Unterschied zeigen), geht diese Zahl nicht über das hinaus, was durch Zufall zu erwarten wäre. Einfach ausgedrückt gibt es zahlreiche Behandlungen, die wirksam sind, die es nach dem Medizinischen Metamodell aber nicht sein sollten (z.B. Gegenwartszentrierte Therapie, EMDR, gewisse zeitlich begrenzte psychodynamische Behandlungen)". So gesehen ist es nicht erstaunlich, dass auch die Schematherapie erfolgreich ist - trotz ihrer theoretischen Mängel (z.B. dem fehlenden Bezug zu empirischen Längsschnittdaten). Das Verfahren wirkt eben möglicherweise weniger durch die technischen Variablen, die es postuliert, sondern es schafft therapeutische Rahmenbedingungen, in denen sich die eben dargestellten drei Wirkmechanismen entfalten können.

Diskussion

Vergleichen wir zum Schluss dieses Kapitels die Schematherapie mit der IT bezüglich dieser drei Wirkmechanismen:

(1) Eine echte Beziehung ist natürlich bei beiden Therapieverfahren möglich und hängt von der Persönlichkeit und den sozialen Kompetenzen des einzelnen Therapeuten ab. Allenfalls könnten hier Unterschiede zwischen den beiden Verfahren entstehen, weil die Differenzen in der Arbeitshaltung der Therapeuten Auswirkungen auf die Beziehung mit dem Patienten

haben: In der Schematherapie wird mehr "sportlich" in der Art eines Trainings gearbeitet, die Integrative Therapie gewichtet die Beziehung mehr (Konvivialität) und hat einen breiteren Horizont von Strategien (von denen die "sportliche", übungszentriert-funktionale Modalität nur eine Möglichkeit ist).

(2) Die enger definierten und stabileren Zielformulierungen in der Schematherapie könnten beim Patienten grössere Erwartungseffekte bewirken als in der IT.

(3) Die Integrative Therapie hat durch ihre Ressourcenorientierung, das kreative Vorgehen und die methodische Flexibilität grösseres Potential, den Patienten individuell anzusprechen und zu einem gesundheitsfördernden Lebensstil zu bewegen.

4 Praxeologie und Werthaltungen

Im Sinne eines kurzen Exkurses wollen wir hier auf zwei Unterschiede im Welt- und Menschenbild von IT und Schematherapie und ihre Implikationen für die therapeutische Praxis eingehen.

(a) Der distanzierte Beschützer in der Schematherapie und das Thema der Macht

In Petzolds vier praxeologischen Prinzipien oder "Leitprinzipien integrativer Selbst- und Lebensgestaltung" wird der Patient als kreativer Lösungssucher angesprochen und gefördert. "Der Patient/die Klientin tritt aktiv und bewusst in die Prozesse der Selbstgestaltung ein, lernt mitzuteilen, was er/sie braucht, um sein/ihr Selbst, seine/ihre Identität, ihre Lebenslage zu 'modellieren' mit Unterstützung aus dem sozialen Netzwerk" (Petzold et al. 2016n, 15).

Die vier praxeologischen Prinzipien lauten:

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Mache Dich selbst zum Projekt!2. Nutze jede Situation als Chance!3. Frage um Hilfe, wenn Du sie brauchst (und gebe sie, wenn Du darum gefragt wirst)!4. Vertraue Deinem Gehirn und Deinem Denkvermögen/Deiner Vernunft! |
|---|

Für unsere Fragestellung ist es aufschlussreich, diese Anweisungen mit den Empfehlungen aus dem Schematherapie-Patientenbuch von Roediger (2015) zum Thema "Was kann ich selbst tun, damit die Therapie gut läuft?" zu vergleichen. Dort fällt die wiederholte Ermahnung an die Patienten auf, in der Therapie nicht zu kritisch zu sein: "Ausserdem ist es gut, wenn Sie die Informationen, die ihr Therapeut Ihnen gibt, zunächst einmal wohlwollend aufnehmen und dann in Ihrem Lebensalltag überprüfen und nicht zu sehr 'herumzackern'. Es geht letztlich nicht um Details, sondern die grundlegende Richtigkeit des Beschriebenen. Es allzu genau wissen zu wollen, kann ein Distanzierter Beschützer sein!" (101). Der Hinweis auf den Modus des distanzierten Beschützers ist unschwer als pädagogische Umformulierung einer psychoanalytischen Widerstandsdeutung zu erkennen. Der Therapeut beansprucht die Deutungshoheit, er entscheidet, was "letztlich grundsätzlich richtig" und was bloss Detail ist. Einwänden des Patienten steht der Schematherapeut zumindest skeptisch gegenüber, der Patient wird zu einer Unterordnung an die therapeutischen Konzepte angehalten, während der Patient in der IT zu selbständigem Denken angeregt wird (siehe oben, viertes praxeologisches Prinzip). In der Integrativen Therapie ist die Selbstreflexion des eigenen Tuns - auch des Therapeuten - im Begriff der "Mehrebenenreflexion" (als "metahermeneutische Reflexionen von Ideologemen und Konzepten in der Psychotherapie", Petzold 2003a, 34) theoretisch repräsentiert. Diese Betonung von Metahermeneutik und Exzentrität fördert einen Austausch mit dem Patienten auf Augenhöhe, einen Prozess des Verstehens in Ko-respondenz.

(b) Arbeitshaltung

Die Schematherapie scheint eine protestantisch anmutende Art von Arbeitsmoral zu vertreten, welche mit der Offenheit der IT für die Unvorhersehbarkeiten des Prozesses kontrastiert. *Roediger* (2015) schreibt zur Ablösungsphase der Therapie: "Auch in der Ablösungsphase sollte jede Therapiesitzung eine richtige Therapiestunde und kein 'Kaffeekränzchen' sein. Das heisst, dass immer noch erlebnisaktivierend mit Kurzimaginationen und vor allem Zwei-Stühle-Dialogen zwischen gesunden Erwachsenen und dem jeweils aktivierten Modus gearbeitet wird, anstatt über die Dinge nur 'zu reden'" (100).

Auch im Programm der IT wird der Erlebnisaktivierung eine zentrale Wichtigkeit zugestanden (3. Weg der Heilung und Förderung). Doch darf in der IT die therapeutische Arbeit zwischen verschiedenen Ebenen der Tiefung wechseln, die zur rechten Zeit alle ihre Berechtigung haben. Zwei Aspekte der Haltung der Schematherapie lassen sich aus dem letzten Zitat erkennen:

- Zum einen wird eine pauschale Geringschätzung eines "Kaffeekränzchens" deutlich, in dem "nur geredet" wird. Als "richtig" wird eine Therapiestunde nur anerkannt, wenn einer seine Pflicht im Schweisse seines Angesichts erfüllt hat - von nichts kommt schliesslich nichts. Die Wirkung einer guten therapeutischen Beziehung im Sinne der "Konvivialität" (der Gastlichkeit), welche die Integrative Therapie vertritt, wird hier ganz ausgeklammert.
- Zum anderen macht das obige Zitat den Eindruck, als bestehe das Kriterium für das "richtige" Arbeiten in der repetitiven Anwendung von zwei verschiedenen Aktivitäten, nämlich Kurzimaginationen und Stühle-arbeit. Die Schematherapie arbeitet in diesem Sinne ausgesprochen technisch und kann der vertiefenden Verstehensarbeit wenig abgewinnen. Das ist auch nicht weiter erstaunlich, denn das "Problem" des Patienten wird im Therapieprozess früh als "Fallkonzeption" festgeschrieben und nachher diszipliniert beackert. Raum für den Wandel der Gestalten und Überraschungen gibt es wenig.

5 Persönliche Erfahrungen mit der Schematherapie in der Integrativen Praxis

Ich ziehe in meiner praktischen integrativen Arbeit immer wieder schematherapeutische Elemente hinzu. Hier einige Erkenntnisse zur Konnektivierung dieser beiden Verfahren:

(a) Schemata, Schemafragebögen, "Schemainterview"

Zur Erfassung der biografischen Vorbelastungen lasse ich die Patienten manchmal zu Hause die Schemafragebogen-Kurzform (YSQ-S2) mit 95 Items ausfüllen und bespreche das Resultat nachher in der Sitzung. Der Mehrwert dieses Vorgehens für die Diagnose gegenüber einer klassischen, narrativen Exploration und die Nachhaltigkeit für den therapeutischen Prozess sind für mich nicht immer eindeutig. Für Patienten mit wenig Therapieerfahrung und/oder Introspektionsfähigkeit kann der Fragebogen eine psychoedukative Funktion haben ("So können schwierige Beziehungen in der Kindheit und Jugend einen grundlegend prägen."). Die eruierten Schemata können eine klarere Linie für die therapeutische Arbeit geben ("Das sind meine Muster. Daran sollten wir arbeiten.") Ich stellte aber auch bei einem sehr differenzierten Patienten fest, dass die Identifizierung des 16. Schemas (Unerbittliche Ansprüche) mittels des Fragebogens eine Art Evidenzerfahrung (5. Wirkfaktor der IT, siehe 4.2.4) bewirkte, das Gefühl, die "Lösung" gefunden zu haben, und dass dieser Umstand zu einer sehr fokussierten Arbeit an seinem Perfektionismus führte. Eine prägnante Problemdefinition und eine zielgerichtete Therapieausrichtung durch die Bestimmung der dominanten Schemata können dem Patienten helfen, klare therapeutische Erwartungen im Sinne des Wirkmechanismus 2 bei *Wampold et al. (2018)* zu entwickeln (siehe 4.3). Natürlich lege ich aber Wert darauf, die Relativität des Schemakonzepts zu erwähnen und die Faktoren ins Spiel zu bringen, welche die biopsychosoziale Entwicklung in der Lebensspanne belasten oder fördern.

Statt einen Fragebogen ausfüllen zu lassen, führe ich mit dem Patienten manchmal anhand einer selbst verfassten Schemaübersicht (siehe Anhang, 8.1) ein Interview durch, in dem er oder sie sich direkt zu den 18 Schemata äussern können und auch die Möglichkeit zur Beschreibung "ihres eigenen Musters" haben.

Die Zuordnung der Schemata zu bestimmten "frustrierten Grundbedürfnissen" ist aus meiner Erfahrung manchmal stimmig, manchmal spekulativ oder gar falsch. Bei einem meiner Patienten ergab die Auswertung des Schemafragebogens markante Werte bei Schema 2 (Verlassenheit, im Stich gelassen). Die Zuordnung zu einem kindlichen Bedürfnis nach Bindung ist unmittelbar einsichtig. Bei ihm war aber auch das Schema 17 ausgeprägt (Fokus auf das Negative). *Roediger (2015, 31)* bringt dieses Schema in seinem Schematherapie-Patientenbuch mit "überbesorgten Eltern" in Verbindung, was in diesem Fall in keiner Weise zutrifft. Im Gegenteil: Der Patient erkannte seinen Pessimismus als Folge zu vieler negativer Erlebnisse wie Vernachlässigung und Täuschung durch die Eltern, was mir plausibel erscheint. In diesem Sinne ist bei der Schematheorie immer Vorsicht geboten; sie ist am besten als Denkanstoss oder diagnostisches Spiel zu verstehen, dass von Patient und Therapeut kritisch geprüft werden muss.

(b) Bewältigungsmodi, "Modusinterview"

Um in der Therapie psychoedukativ die Bewältigungsstrategien ins Spiel zu bringen, habe ich aus der schematherapeutischen Moduslandkarte (siehe Anhang 8.2) die innerlich aktivierten Modi (Kindmodi und innere Elternmodi, siehe 2.2) entfernt und folgendes Schema entwickelt, das ich für ein "Modusinterview" mit dem Patienten einsetze:

Schematherapie: (gesunde und maladaptive) Bewältigungsmodi

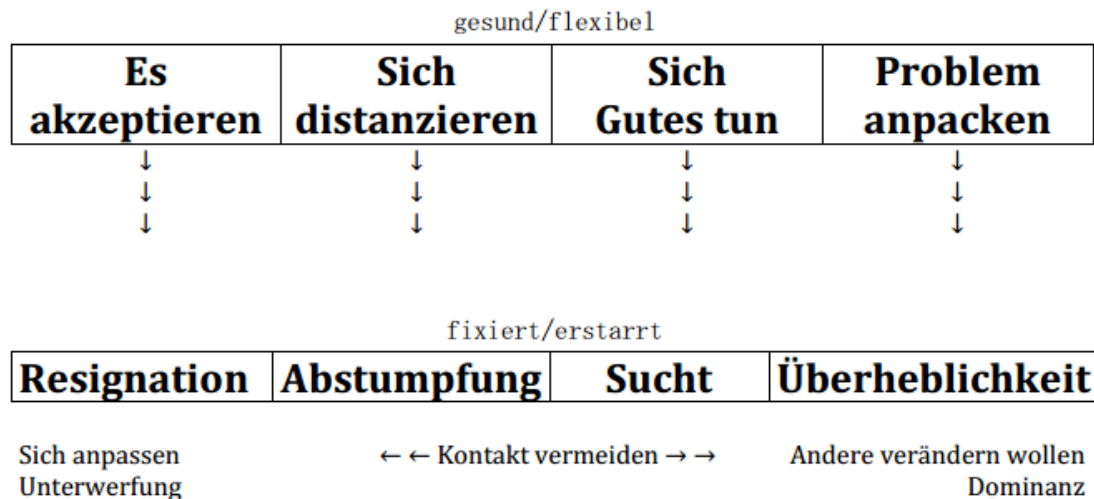


Abbildung: Bewältigungsmodi (Reduktion der schematherapeutischen Moduslandkarte, Eigenentwicklung)

Mir scheint, dass die Inkonsistenzspannung (zwischen Kindmodi und Elternmodi, siehe Moduslandkarte in Anhang 8.2) besser im Zusammenhang mit den Schemata thematisiert werden sollte. Es handelt sich um intrinsische Faktoren, denen sich der Patient ausgeliefert fühlt. Geht es hingegen darum, die eigenen Bewältigungsstrategien zu reflektieren und volitive Strategien zur Verhaltensänderung zu entwickeln, bevorzuge ich meine eigene, reduzierte Darstellung. Sie zeigt, dass die gleichen vier Bewältigungsmechanismen bei flexiblem Einsatz zu einem gesunden Verhaltensrepertoire gehören, während die Fixierung auf ein früher notwendiges, heute aber erstarrtes Verhaltensmuster dysfunktional werden kann.

(c) Praxeologie, Interventionen

In der Realität der praktischen Arbeit besteht vermutlich die grösste Übereinstimmung zwischen Integrativer Therapie und Schematherapie. Die klassischen Tools der Schematherapie, die "Stühlearbeit" und die Imaginationen zum Umgang mit bestrafenden Elternfiguren (in der Gegenwart und Vergangenheit) sind eindeutig als Erbe des Psychodramas und der Gestalttherapie zu erkennen und somit fester Bestandteil auch der Integrativen Therapie. Die detaillierten Anleitungen, die zum Beispiel *Roediger* (2015) für diese Übungen formuliert (siehe oben 4.1.3 und 4.1.4) könnten die Gefahr bergen, dass diese Übungen zu technisch und repetitiv eingesetzt werden. Aus integrativer Perspektive ist

sicher wünschenswert, dass bei diesem Vorgehen die Offenheit erhalten bleibt, die Narrative des Patienten fortlaufend zu revidieren und zu vertiefen. In der Sprache des tetradischen Prozessmodells der IT (*Petzold* 2003a, 500) soll in der Initialphase (1) eine Problemaktualisierung stattgefunden haben, welche die Übungen in der Aktionsphase (2) motiviert. An die Aktionsphase anschliessend soll in der Integrationsphase (3) ein Durcharbeiten in Ko-respondenz stattfinden, das "neuen Sinn und Bedeutungen freisetzt" (ebd.). Dabei sind auch Überraschungen möglich, nicht nur eine Bestätigung des schon Bekannten, so dass auch Innovationen für die abschliessende Phase der Neuorientierung (4) gewonnen werden können.

6 Schlussfolgerungen

Zur Praxis: Die Schematherapie bietet ein gut handhabbares Instrumentarium, das einfach, verständlich und prägnant formuliert ist. Sie formuliert das Ideal eines Behandlungsnarrativs, das dem Therapeuten als klare Leitlinie dienen und beim Patienten Erwartungen im Sinne des Wirkmechanismus 2 bei *Wampold, Imel & Flückiger* (2018) wecken kann. Der Positivismus des Verfahrens macht es nötig, dass Therapeuten und Patienten es mit genügend Offenheit oder sogar Skepsis anwenden und es bei Bedarf korrigierend anpassen. Voraussetzung ist ohnehin eine differenzierte Indikationsstellung: Die Schematherapie braucht Patienten mit ausgeprägten, frühkindliche Schemata und maladaptiven Bewältigungsstrategien.

Zur Theorie: Die Schematherapie überzeugt theoretisch bezüglich verschiedener Aspekte nicht. Einerseits ist ihr Ansatz **zu einfach**, zu reduktionistisch, sie schliesst Themen wie Verstehensarbeit oder Sinnfindung praktisch aus. Sie denkt zu statisch, wenn es um die Interpretation bzw. Konstruktion von Lebenswirklichkeiten geht. Andererseits ist sie stellenweise **zu kompliziert**, d.h. unnötig kompliziert. Die 18 Schemata sind in keiner Weise trennscharf und können einen diagnostischen Zugang über Narrationen nicht ersetzen.

Im Hinblick auf die in der Einleitung formulierten Thesen können wir zum Schluss folgende Bilanz ziehen:

Zur 1. These (Gemeinsamkeiten):

Wir haben in 1.1 die "triadische Basis" (Psychodrama/Gestalttherapie, Psychoanalyse und Verhaltenstherapie) sowohl der Integrativen Therapie als auch der Schematherapie festgestellt. Wir können diesen Punkt nach dem Blick auf die therapeutischen Wirkfaktoren mit einem weiteren gemeinsamen Aspekt ergänzen: Der multimodale Zugang der integrativen Verfahren zu verschiedenen theoretischen und praktischen Ansätzen schafft Synergieeffekte im Sinne des 17. Wirkfaktors der IT, welche die "reinen" Verfahren nicht aufweisen können.

Zur 2. These (Unterschiede):

Der Schematherapie fehlt trotz ihren integrativen Zügen eine Offenheit für neue Forschungskonzepte und -paradigmen, während die IT ihre Positionen aufgrund ihrer herakliteischen Orientierung in einem "Prozess transversaler Moderne" fortwährend überschreitet. Die Schematherapie passt ihre Theorie ohne Zweifel ebenfalls durch neue Erkenntnisse an. Trotzdem bleibt das Verfahren in gewisser Weise hermetisch und nimmt Neuerungen in den sozial-kognitiven Neurowissenschaften nicht auf. Zu nennen sind zum Beispiel Innovationen aus der 4E Kognition, siehe zum Beispiel die Darstellung von *Stefan* (2020). Wie dieser Autor schreibt, unterscheidet sich das 4E Programm und das phänomenologische Paradigma vom klassischen, reduktiv-kognitivistischen, und er führt folgendes Zitat an:

"In sum, this paradigm [4E Kognition und Phänomenologie, MS] replaces the cognitivist 'world-mirroring' by the concept of 'world-making'. The purpose of the cognitive system is not to construct mental representations of external states, but to provide possibilities for embodied action within the world" (*Fuchs* 2018, S. 126, zit. nach *Stefan* 2020, 131).

Der Umgang der Schematherapie mit Erinnerungen ist hingegen eher statisch, Erfahrungen sind in Schemata gegossen und sollen in der Therapie umgeformt werden. Anders ist die Haltung der Integrativen Therapie, welche Phänomenologie und Hermeneutik, die Arbeiten von *Merleau-Ponty* und *Hermann Schmitz*, Erkenntnisse aus der Neuromotorik, der sozial-kognitiven Neurowissenschaften u.a. zu verbinden sucht. Nochmals *Stefan* (2020):

"Eine Sache war von Anfang an für die Phänomenologie klar: Bewusstsein ist kein Container, in den Daten einströmen, und kein Strand, an den die Gegebenheiten einfach angeschwemmt werden, wie Jean-Paul Sartre in seinen phänomenologischen Essays der 1930er-Jahre pointiert ausgeführt hat (*Sartre* 1997). Bewusstsein ist protentional auf Zukünftiges gespannt oder entworfen und gleichzeitig retentional an Erinnerungen gebunden" (ebd., 129).

In diesem Sinne können wir in dieser Arbeit das Vorgehen der Schematherapie mit dem der Integrativen Fokalthherapie vergleichen und Gemeinsamkeiten sowie Differenzen ausmachen, doch durch die Leerstellen in der Theorie der Schematherapie sind diesem Vergleich auch Grenzen gesetzt. Zudem hat die Integrative Therapie in der Anwendung eine viel grössere Reichweite, während die Schematherapie auf eine bestimmte Patientengruppe, vor allem Persönlichkeitsstörungen, beschränkt bleibt.

Und damit kommen wir zum Schluss, **zur 3. These (Zugang zur Lebensgeschichte):**

Wir haben die Schematherapie in 1.3 als deduktiv bezeichnet, weil sie zu Beginn des Prozesses die Schemata eruiert und sich in der Folge daran orientiert. Die Integrative Therapie ist dagegen induktiv, weil sie mit Phänomenologie und Hermeneutik den Prozess begleitet und daraus einen Bezug zur Geschichte des Patienten herstellt. Die ST kämpft gegen ein in der Vergangenheit zu verortendes Bild. Die IT geht von den Phänomenen zu den Strukturen und dann zu den (Zukunfts-)Entwürfen. Die ST hat ein eher statisches Bild von der **Biografie** und geht dieses mit Zähigkeit an. Die Integrative Therapie ist dynamisch, die Bewegungsmethapher hatte seit ihren Anfängen einen besonderen Stellenwert: Sie arbeitet mit der Vorstellung einer **"Biosodie"** (von griech. bios = Leben, odós = Weg), das meint "den lebendig vollzogenen Lebensweg, die sich entwickelnde Lebenserzählung, das freie Spiel des Lebens" (*Apfalter* et al. 2021, 21; *Petzold* 2016f). Die IT setzt auch auf nicht-lineare Dynamiken und fördert kreative Gestaltungsmöglichkeiten. Die therapeutische Beziehung fusst auf Ko-respondenz, welche Emergenzen und Ko-Emergenzen - Überraschung - ermöglicht.

7 Zusammenfassung / Summary

Zusammenfassung: Die Anschlussfähigkeit der Schematherapie an die Integrative Therapie - Konnektivierende Perspektiven und Differenzen

Die Schematherapie (ST) von *Jeffrey E. Young* ist ein Verfahren der dritten Welle der Verhaltenstherapie, welche verhaltenstherapeutische mit psychoanalytischen und humanistischen Ansätzen (v.a. Psychodrama, Gestalttherapie und Transaktionsanalyse) verbindet. Diese Grundlagen spielen auch in der Integrativen Therapie (IT) eine wichtige Rolle, weswegen gewisse Gemeinsamkeiten von ST und IT zu erwarten sind. Aus Sicht der IT sind aber verschiedene Punkte kritisch anzumerken: 1. Die ST baut zu wenig auf die empirische, longitudinale Entwicklungspsychologie, welche Risikofaktoren und potentiell protektive Faktoren der ganzen Lebensspanne einbezieht. 2. Die ST verpasst es, narrative Zugänge zur Biografie für Diagnostik und Therapie einzubeziehen. Und 3. Die ST läuft Gefahr, Patienten eine Vorstellung von linearer Kausalität zu vermitteln, wenn es um das Verhältnis von früher Lebensgeschichte und aktueller Störung geht. Trotz alledem können schematherapeutische Elemente, gezielt und kritisch angewendet, der Integrativen Therapie auch nützliche Impulse geben.

Schlüsselwörter: Schematherapie, *Integrative Therapie*, Entwicklungspsychologie der Lebensspanne, Salutogenese, Erzählforschung, phänomenologisch-hermeneutischer Ansatz, Leiborientierung, psychotherapeutische Wirkfaktoren, Emergenzen.

Summary: The connectivity of schema therapy to Integrative therapy - Common perspectives and differences

Schema therapy (ST) by *Jeffrey E. Young* is a method of the third wave of behavioural therapy, which combines behavioural therapy with psychoanalytical and humanistic approaches (especially psychodrama, Gestalt therapy and transactional analysis). These basic principles also play an important role in Integrative therapy (IT), which is why certain similarities between ST and IT are to be expected. From the perspective of IT, however, several points are critical: 1. ST builds too little on empirical, longitudinal developmental psychology, which includes risk factors and potentially protective factors of the entire life span. 2. ST fails to incorporate narrative approaches to biography for diagnosis and therapy. And 3. ST runs the risk of giving patients a notion of linear causality when it comes to the relationship between early life history and current disorder. Despite all this, schema-therapeutic elements, applied purposefully and critically, can also provide useful impulses for Integrative therapy.

Keywords: Schema therapy, *Integrative therapy*, lifespan developmental approach, salutogenesis, narratology, phenomenological-hermeneutic approach, body orientation, psychotherapeutic effect factors, emergences.

8 Anhang

8.1 Interview:

18 Schemata mit kindlichem Erleben, 5 Domänen (frustrierte Bedürfnisse)

Frustriertes Bindungsbedürfnis

1. Meine nahen Bezugspersonen haben mir gegenüber wenig Liebe und Zuwendung gezeigt. → Emotionale Vernachlässigung
2. Man hat nicht zuverlässig für mich gesorgt, man hat mich im Stich gelassen und deshalb habe ich Verlustängste. → Verlassenheit
3. Ich wurde emotional, physisch oder sexuell missbraucht und bin deshalb sehr misstrauisch geworden. → Missbrauch, Misstrauen
4. Ich wurde in meiner Jugend ausgegrenzt und hatte kaum Freunde. → Isolation, Entfremdung
5. Ich wurde herabgesetzt oder gedemütigt. Man hat mir das Gefühl gegeben, nichts wert oder lächerlich zu sein. → Scham, Unzulänglichkeit

Mangelndes Vertrauen in die eigene Selbständigkeit und Leistungsfähigkeit

6. Ich habe kein Vertrauen in meine Leistungen und scheue mich deshalb, meine Aufgaben anzugehen. → Versagensängste, Rückzug
7. Ich fühle mich von allem überfordert, bin schnell verwirrt. Ich kann mich nicht entscheiden. → Überforderung
8. Ich fühle mich in unbekannten Situationen schutzlos ausgeliefert. → Angst vor Verletzung
9. Ich bin eng an meine Eltern gebunden, kann mich schlecht von ihnen abgrenzen, habe wenig Eigenleben entwickelt. → Verstrickung, mangelnde eigene Identität

Mühe mit Grenzen

10. Regeln gelten nicht für mich. Es interessiert mich wenig, wie sich die anderen fühlen, ich bin ihnen überlegen. → Anspruchshaltung, Grandiosität
11. Ich habe wenig Ausdauer beim Verfolgen meiner Ziele, bin schnell ungeduldig und impulsiv. → Mangelnde Selbstdisziplin

Wenig Selbstvertrauen, viel Anpassung

12. Ich habe Angst vor Ablehnung und füge mich deshalb fremden Vorstellungen. → Unterwerfung, Unterordnung
13. Ich leiste gerne viel für andere. So bekomme ich Zuwendung. → Aufopferung
14. Damit mich die anderen lieben, nehme ich es in Kauf, mich bis zur Selbstverleugnung anzupassen. → Beachtung suchen

Gehemmtheit und Selbstbestrafung

15. Ich möchte nicht auffallen, deshalb kontrolliere ich meine Gefühle und erlaube mir keine Spontaneität. → Gehemmtheit
16. Ich habe höchste Ansprüche an mich und andere. Wer überleben will, darf sich keine Pausen gönnen. → Unerbittliche Ansprüche
17. Ich kann schlecht entscheiden, weil ich überall ein Haar in der Suppe finde. → Fokus auf das Negative
18. Ich toleriere keine Fehler bei mir und anderen. Auf Verfehlungen müssen Sanktionen folgen. → Bestrafungsneigung

Anderes Muster:
(Manuel Steccanella, 2022)

8.2 Moduslandkarte

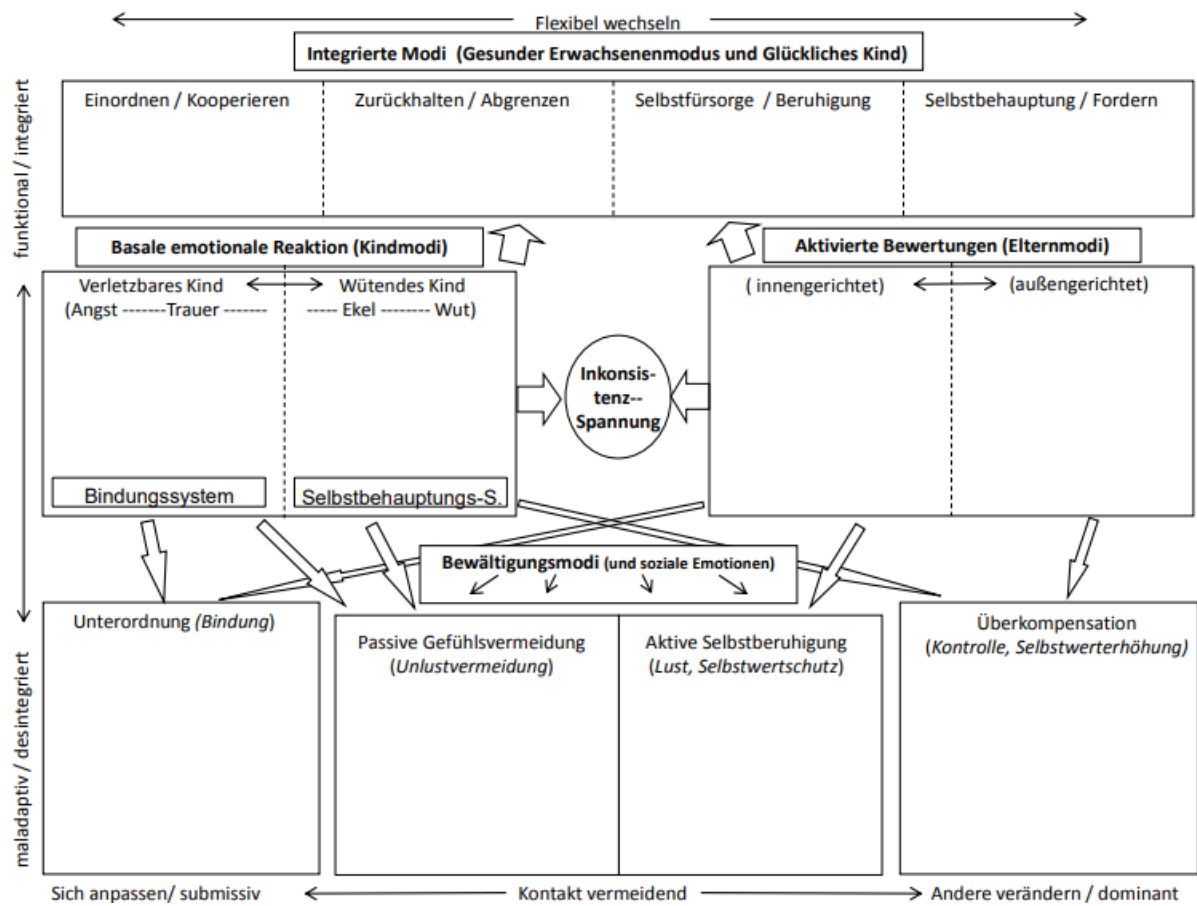


Abbildung: Moduslandkarte (übernommen von <https://schematherapie-roediger.de/>)

9 Literaturverzeichnis

- Ainsworth, M. D. S.* (1968): Objekt relations, dependency and attachment. A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Dev*, 40, 969-1025.
- Antonovsky, A.* (1987) *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Apfalter, I., Stefan, R., Höfner, C.* (2021): *Grundbegriffe der Integrativen Therapie*. Ein Nachschlagewerk. Wien: Facultas.
- Ball*, 2007; *Ball und Young*, 2000: Quelle:
<https://www.fawp.eu/index.php/schematherapie/2016-05-18-21-29-59>
- Boothe, B.* (1994): *Der Patient als Erzähler in der Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bowlby, J.* (1951): *Maternal care and mental health*. Genf: World Health Organization. Dt.: *Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit*. München: Kindler, 1973.
- Bowlby, J.* (1969): *Attachment and Loss*. New York: Basic Books.
- Breithaupt, F.* (2022): *Das narrative Gehirn. Was unsere Neuronen erzählen*. Berlin: Suhrkamp.
- Edelman, G.M.* (1987): *A Global Brain Theory: Neural Darwinism. The Theory of Neuronal Group Selection*. New York: Basic Books.
- Eysenck, Rachman*, (1968): *Neurosen - Ursachen und Heilmethoden*. Berlin, Dt. Vg. d. Wissenschaften 1968, 2. Aufl.
- Ferenczi, S.* (1982): *Schriften zur Psychoanalyse*. Bd. 1 und 2. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Ferenczi, S., Balint, M.* (1985): *Ohne Sympathie keine Heilung*. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Foucault, M.* (2003): *Die Macht der Psychiatrie. Vorlesung am Collège de France 1973-1974*. Hrsg. v. Jacques Lagrange. Aus d. Franz. v. Claudia Brede-Konersmann und Jürgen Schröder. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Gamber, P.* (2016). *Transaktionsanalyse für Dummies*. Weinheim: WILEY-VCH.
- Grawe, K.* (1998): *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K. (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.

Heidenreich, T., Michalak, J., Eifert, G. (2007): Balance von Veränderung und achtsamer Akzeptanz: Die dritte Welle der Verhaltenstherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 57, 475-486.

Hüther, G., Petzold, H.G. (2012): Auf der Suche nach einem neurowissenschaftlich begründeten Menschenbild. In: Petzold, H.G. (2012f): Die Menschenbilder in der Psychotherapie. Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen. Wien: Krammer. S. 207-242. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-18-2013-gerald-huether-hilarion-g-petzold.html>

Iljine, V. (1977): Das therapeutische Theater. In: Petzold, H. (Hg.): Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik, Theater und Wirtschaft. Junfermann: Paderborn, 168–176.

Iljine, V. N., Petzold, H. G., Sieper, J. (1990): Kokreation - die leibliche Dimension des Schöpferischen - Aufzeichnungen aus gemeinsamen Gedankengängen. In: Petzold, Orth (1990a) 203-213.

Kagan, J. (1984): The nature of the child. New York: Basic Books; dt.: Die Natur des Kindes. München: Piper, 1987.

Kanfer, F. H., Reinecker, H., Schmelzer, D. (1990): Selbst-Management-Therapie. Berlin: Springer.

Kühn, R., Petzold, H.G. (Hrsg.), Psychotherapie & Philosophie. Philosophie als Psychotherapie? Junfermann, Paderborn 1992.

Lakoff, G., Johnson, M. (2018): Leben in Metaphern. Konstruktion und Gebrauch von Sprachbildern. Heidelberg: Carl-Auer.

Leff, J. P., Vaughn, J. (1985): Expressed Emotions in Families. Its Significance to Mental Illness. New York: Guilford Press.

Leitner, A. (2010): Handbuch der Integrativen Therapie. Wien: Springer.

Meichenbaum, D. (1977): Cognitive Behavior Modification. An Integrative Approach. New York: Plenum.

Merleau-Ponty, M. (1966): Phänomenologie der Wahrnehmung. Berlin: de Gruyter.

Mischel, W. (1968): Personality and assessment. New York, Wiley.

-, (1969): Continuities and change in personality. *American Psychologist*, 24, 1012-1018.

Müller, L., Petzold, H.G. (2003): Resilienz und protektive Faktoren im Alter und ihre Bedeutung für den Social Support und die Psychotherapie bei älteren Menschen. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm. POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 08/2003 <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-08-2003-mueller-l-petzold-h-g.html> und in: Petzold, H. G. (2004): Mit alten Menschen arbeiten. Stuttgart: Pfeiffer/Klett-Cotta. S. 108-154.

Moreno, J. L. (1937): Interpersonal Therapy and the Psychopathology of Interpersonal Relations. *Sociometry* 1–2, 9–76.

Orth, I., Petzold, H.G. (2015): Metamorphosen - Prozesse der Wandlung in der intermediären Arbeit der Integrativen Therapie. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI-Publikationen. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/03-2015-orth-i-petzold-h-1990c-metamorphosen-prozesse-der-wandlung-in-der-intermediären.html>

Osten, P. (2011): Integrative Psychotherapeutische Diagnostik. Internet Zeitschrift POLYLOGE. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/14-2011-osten-peter-integrative-psychotherapeutische-diagnostik/> (10.11.2018).

Osten, P. (2019): Integrative Psychotherapeutische Diagnostik (IPD). Wien: Facultas (UTB).

Perls, F. S. (1944): Das Ich, der Hunger und die Aggression. Die Anfänge der Gestalttherapie. München: dtv, 2. Aufl. 1991.

Perls, F. S., Hefferline, R. F., Goodman, P. (1951): Gestalttherapy. Excitement and Growth in the Human Personality. New York: Julian Press.

Petzold, H.G.(1974j): Psychotherapie und Körperdynamik, 2. Aufl. 1977; 7. Aufl. 1994. Paderborn: Junfermann.

Petzold, H.G. (1975a): Integrative Therapie. Zeitschrift für Verfahren Humanistischer Psychologie und Pädagogik. Begründet von Charlotte Bühler und Hilarion Petzold 1975 ff; ab 1991 mit dem geänderten Untertitel: Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration. <https://www.fpi-publikation.de/integrative-therapie/> ; 1. Editorial: https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-petzold_petzold-1975k-1975l-editorials-gruendung-abschluss-zeitschrift-integrative-therapie.pdf;

Petzold, H.G. (1982): Methodenintegration in der Psychotherapie, Paderborn: Junfermann.

Petzold, H.G. (1988n/1996a/2020): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I, 1 und I, 2 Paderborn: Junfermann, 3. revid. und überarbeitete Auflage 1996a.

Als e-book: <https://www.fpi-publikation.de/e-books/petzold-h-g-1988n3-integrative-bewegungs-und-leibtherapie-ein-ganzheitlicher-weg-leibbezogener-psychotherapie/>

(1988n/1996a/2020): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I, 1 und I, 2 Paderborn: Junfermann, 3. revid. und überarbeitete Auflage 1996a. Als e-book:

<https://www.fpi-publikation.de/e-books/petzold-h-g-1988n3-integrative-bewegungs-und-leibtherapie-ein-ganzheitlicher-weg-leibbezogener-psychotherapie/>

Petzold, H.G. (1991e): Das Ko-responsenzmodell als Grundlage der Integrativen Therapie und Agogik, überarbeitet und erw. von (1978c); in Integrative Therapie, Paderborn:

Junfermann (1991a) 19 - 90; (2003a) S. 93 - 140. <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/07-2017-petzold-h-g-1978c-1991e-2017-das-ko-responsenzmodell-als-grundlage-integrativer.html>

Petzold, H.G. (1992b/1995g/2021): Konzepte zu einer integrativen Emotionstheorie und zur emotionalen Differenzierungsarbeit als Thymopraktik, Integrative Therapie Bd. II, 2 (1992a) S. 789-870; (2003a) S. 607 – 663 und revid. in Petzold, H.G. (1995g): Die Wiederentdeckung des Gefühls. Emotionen in der Psychotherapie und der menschlichen Entwicklung.

Paderborn: Junfermann. Als e-book 2021: <https://www.fpi-publikation.de/e-books/petzold-h-g-hrsg-1995-die-wiederentdeckung-des-gefuehls-emotionen-in-der-psychotherapie-und-der-menschlichen-entwicklung/>

Petzold, H.G. (1992g): Das "neue" Integrationsparadigma in Psychotherapie und klinischer Psychologie und die "Schulen des Integrierens" in einer "pluralen therapeutischen Kultur", Integrative Therapie, Bd. II, 2 (1992a), 927-1040; (2003a, Neuauflage), 701 – 1037.

Paderborn: Junfermann. <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-1992g-neueinst2019-neue-integrationsparadigma-psychotherapie-klinische-psychologie-polyl-27-2019.pdf>

Petzold, H. G. (1993c) (Hg.): Frühe Schädigungen - später Folgen? Psychotherapie und Babyforschung. Bd. 1. Die Herausforderung der Längsschnittforschung. Reihe Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften, Bd. 55. Paderborn: Junfermann.

Petzold, H.G. (1993p/2003a/2012h): Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik - Prinzipien, Methoden, Techniken. In: Petzold, Sieper (1993a) 267-340; repr.

In: Integrative Therapie, Bd. II, 3 (2003a) 985 - 1050. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-25-2012-petzold-h-g-1993p.html>

Petzold, H.G. (1994j): Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung Bd. 2. Paderborn: Junfermann.

Petzold, H.G. (2000g): Integrative Traumatherapie: Integrierende und Differentielle Regulation (IDR-T) für posttraumatische Belastungsstörungen - „quenching“ the trauma physiology. Integrative Therapie 2/3, 367-388. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2000g-integrative-traumatherapie-integrierende-und-differentielle-regulation.html>

Petzold, H.G. (2001k/2012): Sinnfindung über die Lebensspanne: Collagierte Gedanken über Sinn, Sinnlosigkeit, Abersinn – integrative und differentielle Perspektiven zu transversalem, polylogischem SINN. Düsseldorf/Hückeswagen, bei www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale. Erg. in: Petzold, Orth (2005a) 265-374. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/14-2012-petzold-h-g-2005b-sinnfindung-ueber-die-lebensspanne-collagierte-gedanken-ueber-sinn.html>.

Petzold, H.G. (2002h/2011i): „Klinische Philosophie“ – Menschen zugewandtes Lebenswissen von Natur und Kultur in der Integrativen Therapie -Collagierte Materialien (I) zu einer „intellektuellen Biographie“. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 05/2002. Revid. In: (2006e). Endfassung in: Textarchiv 2011: <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-2002h-2011i-klinische-philosophie-menschen-zugewandtes-lebenswissen-textarchiv-2011.pdf>

Petzold, H.G. (2002j): Das Leibsubjekt als „informierter Leib“ – embodied and embedded. Leibgedächtnis und performative Synchronisationen. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit 07/2002 <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/07-2002-petzold-h-g-der-informierte-leib.html> und in Petzold, H. G. (2003a): Integrative Therapie. Paderborn: Junfermann, 2. Aufl. Bd. III, 1051-1092.

Petzold, H.G. (2002p/2011j): „Lust auf Erkenntnis“ ReferenztheoretikerInnen und -disziplinen der Integrativen Therapie – Polyloge und Reverenzen. Collagierte Materialien (II) zu einer „intellektuellen Biographie“. Düsseldorf/Hückeswagen.Updating 2006e.Bei www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 3/2002; aktualisierte Endfassung 2011j <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-et-al-2002p-updating-2006-2011j-lust-auf-erkenntnis-polyloge-und.html>

Petzold, H. G. (2003a): Integrative Therapie. Modelle, Theorien & Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie (3 Bände). Paderborn: Junfermann.

Petzold, H.G. (2003e): Menschenbilder und Praxeologie. Updating 2006k / Neueinstellung 2011 als: Integrative Therapie als „angewandte Anthropologie“ in einer „transversalen Moderne“ - Menschenbild und Praxeologie.

<https://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-2003e-menschenbild-praxeologie-30-jahre-theorie-und-praxisentwicklung-fpipolyloge-06-2003.pdf>

Petzold, H.G. (2005a): Mit alten Menschen arbeiten. Bd. 2: Psychotherapie – Lebenshilfe – Integrationsarbeit. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Petzold, H.G. (2005p): „Vernetzendes Denken“ Die Bedeutung der Philosophie des Differenz- und Integrationsdenkens für die Integrative Therapie und ihre transversale Hermeneutik. In memoriam Paul Ricœur 27. 2. 1913 - 20. 5. 2005 - Integrative Therapie 4 (2005) 398-412, in: Psychotherapie Forum 14 (2006) 108-111 und erw. in: Sieper, J., Orth, I., Schuch, H.W. (2007) (Hrsg.): Neue Wege Integrativer Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit – Polyloge – 40 Jahre Integrative Therapie, 25 Jahre EAG - Festschrift für Hilarion G. Petzold. Bielefeld: Edition Sirius, Aisthesis Verlag. S. 273-295. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-10-2013-hilarion-g-petzold-2005p.html>

Petzold, H.G. (2005r/2010): Entwicklungen in der Integrativen Therapie als „biopsychosoziales“ Modell und „Arbeit am Menschlichen“. Überlegungen zu Hintergründen und proaktiven Perspektiven. Integrative Therapie 40 Jahre in „transversaler Suche“ auf dem Wege. Krems, Zentrum für psychosoziale Medizin. Hückeswagen: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit. [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 04/2010. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-04-2010-petzold-h-g-2005r.html>

Petzold, H.G. (2006k/2011): Integrative Therapie als „angewandte Anthropologie“ in einer „transversalen Moderne“ Menschenbild und Praxeologie (erg. Updating von 2003e). Hückeswagen: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit. Neueinstellung 2011: POLYLOGE 2/2011; <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/02-2011-petzold-h-g-2006k-update2011-integrative-therapie-anthropologie-menschenbild-u/>

Petzold, H. G. (Hrsg.). (2007a). Integrative Supervision, Meta-Consulting, Organisationsentwicklung. Ein Handbuch für Modelle und Methoden reflexiver Praxis (2., überarbeitete u. erweiterte Aufl.). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Petzold, H.G. (2009c): Körper-Seele-Geist- Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Der „Informierte Leib“, das „psychophysische Problem“ und die Praxis.

Psychologische Medizin 1 (Graz) 20-33. <http://www.fpipublikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2009c-koerperseele-geist-welt-verhaeltnisse-der-informierte-leib-das-psychoph.html>

Petzold, H. G. (2014h): Depression ist grau! – die Behandlung grün: Die “neuen Naturtherapien”. Green Exercises & Green Meditation in der integrativen Depressionsbehandlung. *Green Care* 4/2014 Textarchiv 2014. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-2014h-depression-ist-grau-therapie-gruen-neue-naturtherapien-in-der-depressionsbehandlung.pdf>

Petzold, H. G. (2014i): Integrative Depressionsbehandlung auf neurowissenschaftlicher Grundlage – Veränderung des „depressiven Lebensstils“ mit „Bündeln“ komplexer Maßnahmen in der „Dritten Welle“ Integrativer Therapie <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-2014i-integrative-depressionsbehandlung-neurowissenschaftliche-grundlage-dritte-welle.pdf>

Petzold, H. G. (2016f): NARRATIVE BIOGRAPHIEARBEIT & BIOGRAPHIEERARBEITUNG in der Integrativen Therapie, Integrativen Poesie- & Bibliothherapie und in Schreibwerkstätten mit „kreativem Schreiben“ Praxeologisches Material zur Vor- u. Nachbereitung biographischen Arbeiten Hückeswagen: Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit und im Interent-Archiv „Heilkraft der Sprache“ 2/2016 <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/12-2016-petzold-h-g-2016f-narrative-biographiearbeit-biographieerarbeitung-in-der/>; gekürzt in: *Petzold, Leiser, Klempnauer* 2018, 339 -370.

Petzold, H. G. (2016n): „14 plus 3“ Einflussfaktoren und Heilprozesse im Entwicklungsgeschehen: Belastungs-, Schutz- und Resilienzfaktoren – Die 17 Wirk- und Heilfaktoren in den Prozessen der Integrativen Therapie – A preliminary report (unter Mitarbeit von I. Orth und J. Sieper 2014). <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/31-2016-petzold-h-g-orth-i-sieper-j-2014d-2016n-14-plus-3-einflussfaktoren-und-heilprozesse-im-entwicklungsgeschehen-belastungs-schutz-und-resilienzfaktoren/> auch in: *Beratung Aktuell*, 3/21. - <http://beratung-aktuell.de/wp-content/uploads/2021/10/BA-3-2021.pdf>. Ersch. erweitert als *Petzold, H. G., Sieper, J., Orth, I., POLYLOGE* 02/ 2022): <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/02-2022-orth-i-petzold-h-g-sieper-j-2016-2022-positionen-50-jahre-integrative-therapie-und-kulturarbeit-einige-ueberlegungen/>

Petzold, H.G., Beek, Y. van, Hoek, A.-M. van der (1994/2016): Grundlagen und Grundmuster "intimer Kommunikation und Interaktion" - "Intuitive Parenting" und "Sensitive Caregiving" von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In: *Petzold, H.G.* (1994j): Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung Bd. 2.: Paderborn: Junfermann, 491-646. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-beek-hoek-1994a-grundlagen-intime-kommunikation-intuitive-parenting-polyloge-02-2016.pdf>

Petzold, H.G., Goffin, J.J.M., Oudhof, J. (1993): Protektive Faktoren und Prozesse - die "positive" Perspektive in der longitudinalen, "klinischen Entwicklungspsychologie" und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie. In: Petzold, H.G., 1993c. Frühe Schäden, späte Folgen? Psychotherapie und Babyforschung, Bd. I, Paderborn: Junfermann und in : Petzold, H.G., Sieper, J.(1993a): Integration und Kreation, 2 Bde., Paderborn: Junfermann, , 2. Auflage 1996,S. 173-266. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-goffin-oudhof-1993-protektive-faktoren-entwicklungspsychologie-praxis-polyloge-08-2013.pdf>

Petzold, H.G., Heini, H.(1980a): Körper- und Leibtherapie. Gestalt-Bulletin 2/3, 13-18.

Petzold, H.G., Heini, H.(1980b): Gestalttherapeutische Fokaldiagnose und Fokalintervention bei Störungen aus der Arbeitswelt. Integrative Therapie 1, 20-57; auch in: Petzold, Heini (1983). <https://www.fpi-publikation.de/e-books/petzold-hilarion-g-heini-hildegund-1983-psychotherapie-und-arbeitswelt/>

Petzold, H., Josić, Z. (2003): Integrative Traumatherapie - ein leibtherapeutischer Ansatz nicht-exponierender Therapie. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI-Publikationen. http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold_zorica_integrative-traumatherapieein-leibtherap-ansatz-nicht-exponier-therapie_polyloge_09_2003.pdf

Petzold, H.G., Leiser, B., Klempnauer, E. (2018): Wenn Sprache heilt. Handbuch für Poesie- und Bibliothérapie, Biographiearbeit, Kreatives Schreiben. Festschrift für Ilse Orth. Bielefeld: Aistheis.

Petzold, H.G., Leuenberger, R., Steffan, A. (1998): Ziele in der Integrativen Therapie In: Ambühl, H., Strauß, B. (Hrsg.), Therapieziele. Göttingen: Hogrefe. Und erweitert in: Petzold (1998h) (Hrsg.): Identität und Genderfragen in Psychotherapie. Soziotherapie und Gesundheitsförderung. Bd. 1 und 2, Sonderausgabe von Gestalt und Integration. Düsseldorf: FPI-Publikationen, S.142-188; <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/h-g-petzold-r-leuenberger-a-steffan-1998-ziele-in-der-integrativen-therapie.html>

Petzold, H.G., Mathias, U. (1982): Rollenentwicklung und Identität. Die sozialpsychiatrische Rollentheorie von J. L. Moreno. Paderborn: Junfermann. Als e-book: <https://www.fpi-publikation.de/e-books/petzold-h-g-mathias-u-1982-rollenentwicklung-und-identitaet-von-den-anfaengen-der-rollentheorie-zum-sozialpsychiatrischen-rollenkonzept-morenos/>

Petzold, H.G., Michailowa, N. (2008a): Alexander Lurija – Neurowissenschaft und Psychotherapie. Integrative und biopsychosoziale Modelle. Wien: Krammer. https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=integrative-therapie_it-2007-4-alexander-romanowitsch-lurija-neuropsychologie-biopsychosoziale-therapie-integrative-ansatze.pdf

Petzold, H. G., Orth, I. (1990a): Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie, 2 Bde., Paderborn: Junfermann.

Petzold, H. G., Orth, I. (1999a): Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Paderborn: Junfermann.

Petzold, H. G. Orth, I. (2013a): Coaching als Beratungsdisziplin: Problematisierungen – Ethik – Altruismus In: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – Jg. 2013; <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-nr-02-2013-hilarion-g-petzold-ilse-orth-2013.html>

und in: Petzold, H.G., Orth, I., Frambach, L., Hänsel, M. (2014): Altruismus zwischen Angrenzung und Abgrenzung. Espelkamp: Deutsche Gesellschaft für Coaching.

Petzold, H. G., Orth, I. (2017a): Interozeptivität/Eigenleibliches Spüren, Körperbilder/Body Charts – der „Informierte Leib“ öffnet seine Archive: „Komplexe Resonanzen“ aus der Lebensspanne des „body-mind-world-subject“. Hückeswagen: Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit.

<http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/22-2018-petzold-h-g-orth-i-2017a-interozeptivitaet-eigenleibliches-spueren-koerperbilder.html>.

Petzold, H. G., Orth, I. (2017b): Epitome. POLYLOGE IN DER INTEGRATIVEN THERAPIE: „Mentalisierungen und Empathie“, „Verkörperungen und Interozeption“ – Grundkonzepte für „komplexes Lernen“ in einem intermethodischen Verfahren „ko-kreativen Denkens und Schreibens“. In: Petzold, H. G., Leiser, B., Klempnauer, E. (2017): Wenn Sprache heilt. Handbuch für Poesie- und Bibliothherapie, Biographiearbeit, Kreatives Schreiben. Festschrift für Ilse Orth, Bielefeld: Aistheis. S. 885-971. Auch in POLYLOGE. Polyloge 31/2017.

<http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/31-2017-petzold-h-g-orth-i-2017b-epitome-polyloge-in-der-integrativen-therapie.html>

Petzold, H. G., Orth, I. (2018): Epithome. Polyloge in der integrativen Therapie: „Mentalisierungen und Empathie“, „Verkörperungen und Interozeption“ - Grundkonzepte für „komplexes Lernen“ in einem intermethodischen Verfahren „ko-kreativen Denkens und Schreibens“. In: Petzold, H. G., Leiser, B., Klempnauer, E. (2018), 885-971.

Petzold, H. G., Orth, I., Sieper, J. (2005): Erkenntnistheoretische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der „Integrativen Therapie“ als „Entwicklungstherapie“. Grundlagen für Selbsterfahrung in therapeutischer Weiterbildung, Supervision und Therapie – Theorie, Methodik, Forschung. In: Petzold, H. G., Schay, P., Scheiblich, W. (2005): Integrative Suchttherapie. Bd. II. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 627-713.

<http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-02-2005-petzold-h-g.html>

Petzold, H. G., Orth, I., Sieper, J. (2010a): Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben - Themen und Werte moderner Psychotherapie. Wien: Krammer. 2.Aufl. Bielefeld: Aisthesis.

Petzold, H. G., Orth, I., Sieper, J. (2016n): "14 plus 3" - Einflussfaktoren und Heilprozesse im Entwicklungsgeschehen: Belastungs-, Schutz- und Resilienzfaktoren - Die 17 Wirk- und Heilfaktoren in den Prozessen der Integrativen Therapie. Hückeswagen: FPI-Publikationen.
fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-orth-sieper-2014d-2016n-14-plus-3-einflussfaktoren-integrative-therapie-polyloge-31-2016pdf.pdf

Petzold, H. G., Orth, I., Sieper, J. (2017): POSITIONEN – 50 Jahre Integrative Therapie und transversale Kulturarbeit. Einige Überlegungen zu „Hominität, Integrität und Engagement“ zum Jahreswechsel 2016/2017. <https://www.eagfpi.com/wp-content/uploads/2016/12/Weihnachtsbrief.pdf>

Petzold, H. G., Orth, I., Sieper, J. (2019a): Zwischen Embodiment, Embeddedness und Mentalisierung, innovative Impulse für das Feld integrativer Psychotherapie und Humantherapie –die 4E-Perspektiven. Forschungspapier aus Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen. Auch als Nachwort zu: *Stefan, R. (2020):* Zukunftsentwürfe des Leibes. Grundlagen, Theorien und Begriffe der Integrativen Therapie und deren Bezugspunkte zu den Grundlagenwissenschaften. Wiesbaden: Springer. S. 139-182.

Petzold, H.G., Wolf, U., Landgrebe, B., Josić, Z., Steffan, A. (2000): „Integrative Traumatherapie“ – Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit „posttraumatischer Belastungsstörung“. In: van der Kolk et al. (2000), 445-579.

Piaget, J. (1976): Die Äquilibration der psychischen Strukturen. Stuttgart: Klett.

Roediger, E. (2009): Praxis der Schematherapie. Grundlagen - Anwendung - Perspektiven. Stuttgart: Schattauer.

Roediger, E. (2015): Raus aus den Lebensfallen! Das Schematherapie-Patientenbuch. Paderborn: Junfermann.

Rutter, M. (1993): Wege von der Kindheit zum Erwachsenenalter. In: *Petzold, H. G. (Hg.):* Frühe Schädigungen - später Folgen? Psychotherapie und Babyforschung. Bd. 1. Die Herausforderung der Längsschnittforschung. Reihe Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften, Bd. 55. Paderborn: Junfermann. 23-66.

Sachschar, J. (2022): Achtsamkeit und Integrative Supervision – Zum Modell „komplexer Achtsamkeit“. POLYLOGE 13/2022; <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/13-2022-sachschar-j-achtsamkeit-und-integrative-supervision-zum-modell-komplexer-achtsamkeit/>

Schuch, W. (2022): Integrative Therapie als »Polylog« der Wissenschaften. Vortrag zur EAG-Jubiläumstagung 50 Jahre EAG und FPI 5. November 2022. POLYLOGE 23/2022. <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=schuch-integrative-therapie-polylog-der-wissenschaften-vortrag-50-jahre-eag-jubilaum-poly-23-2022.pdf>

Sieper, J. (2006): „Transversale Integration“: Ein Kernkonzept der Integrativen Therapie – Einladung zu ko-respondierendem Diskurs. Integrative Therapie, Heft 3/4 (2006) 393-467 und in Sieper, Orth, Schuch (2007) 393-467

Sieper, J. (2007b/2011): Integrative Therapie als „Life Span Developmental Therapy“ und „klinische Entwicklungspsychologie der Bezogenheit“ mit Säuglingen, Kindern, Adoleszenten, Erwachsenen und alten Menschen, Gestalt & Integration, Teil I 60, 14-21, Teil II 61 (2008) 11-21. Update 2011, in: [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikation.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit – 5/2011 <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-05-2011-sieper-johanna.html>

Sieper, J., Orth, I., Petzold, H. G., Mathias-Wiedemann, U. (2021): Psychotherapieverfahren entwickeln sich – Zwanzig Jahre POLYLOGE Entwicklungen der Integrativen Therapie seit 1965 zu ihrer „Dritten Welle“ 2000 – 2020. POLYLOGE 24/2020, <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/24-2020-sieper-j-orth-i-petzold-h-g-2020-psychotherapieverfahren-entwickeln-sich-zwanzig-jahre-polyloge/>

Sieper, J., Petzold, H.G. (2002/2011): Der Begriff des „Komplexen Lernens“ und seine neurowissenschaftlichen und psychologischen Grundlagen – Dimensionen eines „behavioralen Paradigmas“ in der Integrativen Therapie. Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama, Imaginationstechniken und Transfertraining. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikation.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 10/2002 und <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/04-2011-sieper-j-petzold-h-g-komplexes-lernen-in-der-integrativen-therapie-und-supervision.html>. Gekürzt in Leitner, A. (2003): Entwicklungsdynamiken der Psychotherapie. Wien: Kramer, Edition Donau-Universität. S. 183-251.

Steccanella, M., & Petzold, H. G. (2019). Von der Dissoziation zur Narration: Aspekte Integrativer Traumatherapie – Trauma „embodied“ braucht „korrekatives embodiment“, eingebettet in „safe places“, braucht Selbstwirksamkeit „enacted“ plus Lebenssinn „extended“. Unveröffentlichter Forschungsbericht aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen.

Stefan, R. (2020): Zukunftsentwürfe des Leibes. Grundlagen, Theorien und Begriffe der Integrativen Therapie und deren Bezugspunkte zu den Grundlagenwissenschaften. Wiesbaden: Springer.

Stompe, T. (2011): Trauma und Scheinerinnerungen. Psychiatrie & Psychotherapie, 7/2, 56-60.

Sütterlin, N. A. (2019): Poetik der Wunde. Zur Entdeckung des Traumas in der Literatur der Romantik. Göttingen: Wallstein.

Tolsdorf, C. C. (1976). Social networks, support, and coping: An exploratory study. Family Process, 15(4), 407–417.

van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C., Weisaeth, L. (2000): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschungen zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie. Erweiterte deutsche Ausgabe hrsg. von Märtens, M., Petzold, H.G. Paderborn: Junfermann.

Walsh, R. (2011): Lifestyle and mental health. American Psychologist, 66 (7), 579-592.

Wampold, B. E., Imel, Z. E., Flückiger, C. (2018): Die Psychotherapie-Debatte. Was Therapie wirksam macht. Bern: Hogrefe.

Wölfle, C. F., Petzold, H.G., Mathias-Wiedemann, U. (2023): Unterwegs zu "komplexer Achtsamkeit"- Integrative Perspektiven auf die mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) und Achtsamkeitsmeditation. POLYOGÉ 03/2023. <https://www.fpi-publikation.de/gruene-texte/03-2023-woelfle-c-f-petzold-h-g-mathias-w-u-unterwegs-zu-komplexer-achtsamkeit-integrative-perspektiven-auf-die-mindfulness-based-cognitive-therapy/>

Young, J. E. (1990): Cognitive Therapy for Personality Disorders. A Schema-focussed Approach. Sarasota: Professional Resources Press.

Young, J. E., Brown, G., Berbalk, H., Grutschpalk, J. (2003). Deutsche Kurzfassung des YSQ-L und Übersetzung der neu ergänzten Items, nicht veröffentlichte Übersetzung.

Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M.E. (2003): Schema Therapy - a Practitioner's Guide. New York: Guildford Press.

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

Young, J. E., Klosko, J. S. (2006): Sein Leben neu erfinden. Paderborn: Junfermann.