

Interview mit Professor Berbalk: Schematherapie

Zusammenfassung: Schilderung seines Weges in die Psychologie bis zu seiner Professur in Hamburg und die Kognitive Verhaltenstherapie sowie deren Weiterentwicklung zur Schematherapie durch Jeffrey Young. Zu deren Verbreitung in den deutschsprachigen Ländern hat Berbalk in den letzten zehn Jahren entscheidend beigetragen. Erweiterung der schemageleiteten zur personengeleiteten Verhaltenstherapie. Einführung einer neuen Sichtweise: vom Patienten über den Klienten zur anvertrauten Person.

Schlüsselwörter: Schematherapie, Kognitive Verhaltenstherapie, schemageleitete Verhaltenstherapie, personengeleitete Verhaltenstherapie, Patient vs. anvertraute Person, Integrative Psychotherapie.

Itten: Werter Professor Berbalk, wie war Ihr eigener Weg in die Psychologie? Was hat Sie damals vor 45 Jahren motiviert, Psychologie zu studieren und Psychologe zu werden?

Berbalk: Nachdem ich als erster in der Familie Abitur gemacht hatte, war ich erst einmal ratlos, was ich damit machen könnte. Eine Freundin, die gerade Freud las, meinte, ich müsse unbedingt Psychologie studieren. Ohne diesen Rat hätte ich mich lieber handwerklich betätigt. Ich war geschickt im Reparieren und «Frisieren» von Motoren, im Malen und Anstreichen und im Verlegen von Heizungsrohren. Ich habe mir mit solchen Aktivitäten mein Studium verdient.

Itten: Heute gibt es ja 16 bis 20 verschiedene Richtungen innerhalb der Psychologie, wie Sportpsychologie, Wirtschaftspsychologie, Sozialpsychologie, Entwicklungspsychologie etc. Was bewegte Sie, in die Richtung der klinischen Psychologie zu gehen? In Ihrer Universitätslaufbahn wurden Sie später Professor der klinischen Psychologie und Psychotherapie in Hamburg.

Im Studium an der Goethe-Universität in Frankfurt waren meine Schwerpunkte Wahrnehmungspsychologie, Allgemeine Psychologie, besonders Lern- und Gedächtnispsychologie sowie Persönlichkeitspsychologie. Im Rahmen der Lern- und

Persönlichkeitspsychologie bin ich auf die Anwendung in der Verhaltenstherapie hingewiesen worden. Die Verhaltenstherapie entwickelte sich gerade in England, Südafrika und Amerika. Zu dieser Wissensberührung mit Klinischer Psychologie kam eine praktische Selbsterfahrung: Nach einem kläglichen Versagen bei einem Referat in einem grossen Hörsaal der Goethe-Universität war ich zu verzagt, die fehlenden Pflichtreferate halten zu können. Statt allerdings aufzugeben, führte ich mit mir selbst erfolgreich eine Verhaltenstherapie durch, sodass ich mein Studium beenden konnte. Da ich ja eine Selbsttherapie durchgeführt hatte – Verhaltenstherapie gab es damals in Deutschland noch nicht – war niemand da, der mir hätte sagen können, dass das Diplom als ausreichender Therapieerfolg gewertet werden könnte. So habe ich nach dem Examen auch noch promoviert und bin Professor für Psychologie geworden, als hätte es weiterer Beweise der Überwindung meiner Schwächen bedurft.

Sind es diese persönlichen Erfahrungen, die Sie damals bewogen haben, in das Berufsfeld der Psychotherapie hineinzugehen, um schliesslich als Verhaltenstherapeut die Approbationen für Kinder- und Jugend- sowie für Erwachsenenpsychotherapie zu erwerben?

Die persönlichen Erfahrungen haben dazu beigetragen. Hinzu kam, dass Professor Wegener von der Universität Kiel mir zutraute, die Verhaltenstherapie an seinem Institut einzuführen, nachdem dort Klientenzentrierte Psychotherapie und Spieltherapie bereits etabliert waren. In der Heilpädagogik verankert war Wegener ein grosser Integrator von psychotherapeutischen Richtungen und förderte das Miteinander und die Ergänzung aller therapeutischen Richtungen. Das war eine sehr schöne Zeit und ich war sehr gerne bei Professor Wegener Assistent. Es war stimulierend, mit den vorhandenen klinischen Kolleginnen und Kollegen zu kooperieren. Meine Aufgabengebiete waren sowohl Verhaltenstherapie für Kinder, Jugendliche und deren Famili-

en und Verhaltenstherapie für Erwachsene. Am liebsten hätte ich nur mit Kindern und Familien gearbeitet. Es war eine meiner schönsten Erfahrungen im Übergang von Studium zur Berufsausübung, dass ich am Projekt einer Kollegin mitarbeiten durfte, bei dem «werdende Eltern» auf ihre Elternschaft vorbereitet wurden. Es ist über die Berufsjahre und auch noch heute für mich immer mit Schmerz erfüllt gewesen, wenn sichtbar wurde, wie sehr Patientenleid mit schädigenden Aufwuchsbedingungen verknüpft war und bei früher Intervention hätte verhindert werden können. Nach der Promotion kam ich erst einmal als Lehrstuhlvertreter nach Trier, um dort Vorlesungen über Psychosomatik und Klinische Psychologie zu geben und in Seminaren die Praxis der Verhaltenstherapie zu vermitteln. Bald darauf wurde ich nach Hamburg als Universitätsprofessor für Psychologie auf Lebenszeit berufen und sollte besonders die Kognitive Therapie für Erwachsene vertreten. Im Laufe der Jahre habe ich tatsächlich auch die ganze Breite der Angewandten und der Allgemeinen Psychologie vertreten. Das grösste Vergnügen an der Universität waren für mich die Zusammenarbeit mit den Studierenden und die Möglichkeit, Forschung mit praktischer Anwendung zu verbinden.

Sie haben seit Ihrer Studienzeit immer auf beiden Seiten gearbeitet, als Psychotherapeut und als Lehrer der Psychologie, vor allem der klinischen Psychologie. Ist das vielleicht auch ein Grund, dass Sie viel für die Schematherapie und ihre Verbreitung in Deutschland gemacht haben? Können Sie erzählen wie die Schematherapie nach Deutschland kam?

Am Anfang stand der Bericht eines Studenten, der ein Praktikum bei Dr. Young, einem Assistenten von Aaron Beck, gemacht hatte. Das mag vor zwanzig Jahren gewesen sein. Young hatte bis dahin einen Teil der Schemata zusammengetragen, die er bei schwierigen, schwer gestörten Patienten als früh erworbene und auch im Erwachsenenalter wirksame hinderliche Lebensthemen gefun-

den hatte. Zusammen mit seinen Annahmen zur Aufrechterhaltung dieser Schemata war ich so vom Vortrag des Studenten angesprochen, dass ich die Arbeit von Young über die Jahre verfolgte und in alle meine klinischen Überlegungen und Anwendungen einbezog. Vor ca. 10 Jahren gab es die ersten persönlichen Kontakte, zunächst in Holland und dann regelmässig in den USA. Seit den ersten Kontakten verbreitete ich die Theorie und Praxis der Schematherapie nach Young in Vorträgen, Vorlesungen und Workshops in Deutschland, der Schweiz und in Österreich. Auf meine Einladung hin, hielt Young seine erste Vorlesung über Schematherapie in Deutschland vor gut fünf Jahren an der Universität Hamburg. Ich organisierte dann grosse Workshops mit Jeffrey Young in Frankfurt, Hamburg und München. Mit ihm zusammen entwickelte und organisierte ich den international ersten Workshop für Schematherapie-Supervisoren in Hamburg. Hilfreich für die Verbreitung der Schematherapie war auch ein Interview, das ich zusammen mit Dr. Kempkensteffen von der Universität Hamburg mit Young in Schweden aufgenommen und im deutschsprachigen Raum verbreitet hatte. Der Anlass für das Interview war das Erscheinen seines Buches «Schema Therapy» im Jahre 2003. Davor hiess sein therapeutischer Ansatz noch Schema-fokussierte Therapie. Von diesem Zeitpunkt an organisierte ich in Abstimmung mit Young ein Schematherapie Curriculum mit nunmehr fünf Workshops und führte dieses Curriculum in München, Bad Dürkheim, Münster, Hamburg, Basel, Freiburg, Berlin, Köln und in Schleswig - Holstein, dem Ort des ersten Institutes für Schematherapie in Deutschland, ein.

Sie spielten eine Rolle dabei, dass die beiden Bücher von Young in die deutsche Sprache übersetzt wurden. Wie ging das vor sich?

Ich hatte schon 2003 dem Verlag, in dessen Verhaltenstherapiezeitschrift mein Schwedeninterview erschienen war, dringend empfohlen, Youngs damals neues Buch zu übersetzen und herauszugeben. Die haben aber die Bedeutung des Buches nicht begriffen. Der jetzige Verlag schickte eine Anfrage nach meiner Prognose und ich sagte sowohl für das Buch «Schematherapie» als auch für das Buch «Erfinde Dein Leben

neu» grosse Verkaufserfolge voraus. Diese Prognose hat sich mehr als bestätigt, auch durch die vielfältigen Empfehlungen, die ich in meinen unzähligen Vorträgen und Workshops ausgesprochen hatte.

Dann hat Ihr enger Kontakt zu Young der Verbreitung der Schematherapie in deutschsprachigen Raum genützt und Ihr Engagement hat der Schematherapie und Young bei der Verbreitung unermessliche Dienste erwiesen.

In erster Linie galt mein leidenschaftliches Engagement den fürsorglichen und befreienden Grundideen der Schematherapie. Dabei war für mich die Zustimmung erfahrener Therapeutinnen und Therapeuten ganz unterschiedlicher Herkunft eindrucksvoll. Nach ca. zehn Jahren begeisterter Anstrengung für die Schematherapie haben dann Personen aus dem Kreise derer, die ich bezüglich der Schematherapie in Deutschland besonders berücksichtigt hatte, mein Ansehen und die kollegiale Beziehung zu Young untergraben. Bei der Gründung einer Gruppierung der Schematherapeuten im Dachverband Verhaltenstherapie wurde ich sogar systematisch an den Rand gedrängt. Die Theorie und die Anwendung der Schematherapie sind aber in meinen Gedanken unverändert mit Heilung und Befreiung verbunden, dominierende Personen in den Organisationen habe ich allerdings als kalt und berechnend kennenlernen müssen.

Im Herbst 2009 hat Evelyne Gottwalz-Ippen, meine Frau, Jeffrey Young für die DGVVT Hamburg das erste Mal für ein Seminar eingeladen. Mir ist da aufgefallen, wie viele Elemente der Gestalttherapie in der Schematherapie vorkommen. Die aktiven psychotherapeutischen Interventionen, also Berührungen, erinnerten mich an die psychoanalytische Tradition von Sandor Ferenczi. Jeffrey Young ist einer der kognitiven Verhaltenstherapeuten, der zugibt, wo und was er von anderen Richtungen übernommen hat. Ist die Schematherapie lediglich eine Modeerscheinung in der Psychotherapie oder eine eigene Methode, die sich seit 15 Jahren aus der KVT heraus entwickelt?

Geht man nach den Reaktionen in den USA, so handelt es sich bei der Schemathera-

pie nicht einmal um eine Modeerscheinung sondern eine gewisse Ausformulierung von Beck's Konzeptionen zu Schemata und Schema Modi. Young entwickelte eine Theorie zur Entstehung und Aufrechterhaltung von früh im Leben erworbenen hinderlichen Schemata und kombiniert und integriert dabei Errungenschaften der Lehren von den Abwehrmechanismen, der Individualpsychologie, der kognitiven Therapie, der Verhaltenstherapie und der Stressverarbeitung. Der bindungstheoretische Ansatz Bowlby's stellt sogar die wichtigste Basis für Bedürfnisanalysen und Gestaltung der therapeutischen Beziehung dar. Implizit verwendet er klientenzentrierte und transaktionsanalytische Konzepte.

Panscherei von alten Weinen in neuem Schlauch? Strukturell werden Einzelaspekte integriert: frustrierte Kernbedürfnisse werden verbunden mit hinderlichen Schemata als Gedächtnisstrukturen, die nicht nur kognitive sondern auch emotionale und somatische Aspekte umfassen.

Der Prozess der Anpassung an die Schemastruktur wird als dreifaltige Aufrechterhaltung und Stabilisierung über die sogenannte Schemabewältigung beschrieben.

Therapie besteht aus Beziehungsgestaltung, Erschliessen vergangener Erfahrungen und deren «Gerinnung» in Schemata, Veränderung von Kognitionen, Zugang und Bearbeiten von Gefühlen und Körperempfindungen – auch Gestalttherapeutische Interventionen, Änderung schemahaltender Verhaltensgewohnheiten, Kompetenzerwerb und Erwerb von Selbstkontrolle sowie Emotionaler Enthemmung und Befriedigung zentraler Bedürfnisse. Summierung «evidenzbasierter» Einzelmethoden? Die Wahl und die integrierte Abfolge der Interventionen wird geleitet durch eine Schema-Fallkonzeption, die von Patient und Therapeut geteilt wird und eine neue Dynamik der Schemaprozesse bewirken oder ermöglichen soll. Zum bisher erwähnten Schemansatz kommt der sogenannte Modusansatz. Schematherapeuten berücksichtigen den momentanen persönlichen Hintergrund oder Zustand, auf dem sich das Handeln, Denken und Fühlen eines Patienten oder Therapeuten abspielen. Evolutionär gegebene, in der Lebensbewältigung erlern-

te und von bedeutenden Begleitpersonen in der Entwicklung übernommene Zustände oder Modi werden im Zusammenspiel beobachtet und Veränderungen der Ausprägungen und des Zusammenspiels werden vermittelt. Heilung hinderlicher Schemata und Integration der Modi sind die erklärten Ziele der Schematherapie.

Sie schilderten schon Ihre berufliche Grundposition, die Verbindung zwischen Praxis und Theorie aufrechtzuerhalten und lebten das als Universitätsprofessor in Hamburg vor. Jeffrey Young wurde aber von der akademischen Psychologie und von der akademischen Verhaltenspsychologie angefeindet. Das ist Ihnen hier in Hamburg nicht passiert?

Young ist Psychotherapeut und nicht Wissenschaftler. Der Wissenschaftler unter den Schematherapeuten ist der Holländer Arntz. Er hat auch gezeigt, dass empirisch die Schematherapie in Holland bei ambulant behandelten Borderline-Patienten besser wirkt als übertragungs-fokussierte Therapie. Das hat aber in Hamburg nicht zur Ablehnung Young's geführt, auch wenn die theoretische Fundierung seiner Ideen durch psychologisches Basiswissen wünschenswert erschien. Die Suche Youngs nach Verbesserung der Therapie für sonst aussichtslose Patienten wurde mit Begeisterung aufgenommen. Anerkennung fanden Youngs effektive Methoden des Zugangs zu Schema relevanten Erfahrungen in der Kindheit mit geleiteten Vorstellungen und weitere «Erlebnis basierte» Methoden zur Diagnose und Änderung dysfunktionaler emotionaler Gesamtzustände – seine «Modusarbeit».

Ist die Schematherapie als Weiterentwicklung der kognitiven Verhaltenstherapie anzusehen oder geht sie in Richtung einer neuen Psychotherapie-Methode und oder gar Psychotherapieschule?

Die Tatsache, dass sich die Internationale Gesellschaft für Schematherapie ISST gegründet hat, weist darauf hin, dass man die Schematherapie als eigenständig betrachtet. Eine eigenständige Therapierichtung hat ein breites Anwendungsspektrum, die Schematherapie ist in Holland und England als effektiv nachgewiesen worden für ambulan-

te Borderline-Patienten. Gewisse Hinweise auf nützliche Anwendung bei anderen Störungsbildern werden beschrieben. In der Zukunft wahrscheinlicher als die Etablierung einer neuen Therapieform ist die Berücksichtigung von Schemaprozessen in anderen Therapierichtungen.

Schema-geleitete Verhaltenstherapie z.B. gibt es bereits und wird von mir in Deutschland vertreten. Auch auf dem Wege zu einer besseren Zuweisung von Patienten zu angemessener Behandlung und einem besseren Verständnis anderer Störungsbilder über die Borderline-Störung hinaus könnte die Schematherapie wesentlich beitragen. Wird nicht an die Konkurrenz von Therapieformen, sondern an die Person des Patienten gedacht, könnte Schematherapie mit anderen Überlegungen zusammen eine Brücke bilden: Das Ziel wäre, den Patienten eher nach seinen Bedürfnissen und Barrieren mit für ihn individuell zusammengestellten Interventionen zu behandeln. Das könnte dann auch eine Patienten-geleitete Kooperation von Behandlern mit unterschiedlicher Therapieausrichtung ermöglichen.

In ihrem Vorwort zu Youngs Buch «Sein Leben neu erfinden (Reinventing your life)» (1996), ist mir aufgefallen, wie stark die Schematherapie das Kurative und das Emanzipative der Psychotherapie in sich trägt. Können Sie das etwas erläutern?

Ich habe ein Säulenmodell der Schematherapie entwickelt, man könnte es auch Tempelmodell nennen. Auf einem festen Fundament, dem Symbol für die therapeutische Beziehung, stehen sieben Säulen, die im Verlauf oder an bestimmten kritischen Punkten in der Therapie notwendige und insgesamt hinreichende Bedingungen für Heilung von frustrierenden und schädigenden Erfahrungen und damit auch für Befreiung von Irrwegen der Lebensbewältigung darstellen. Heilung und Befreiung gehören in diesem Gesamtverständnis von Schematherapie zusammen, sind gleichbedeutend. Vielleicht ist dabei von Interesse, dass ich die Schematherapie dennoch als symptomorientierte Therapie betrachte. In der Schematherapie werden in den dysfunktionalen Schemaprozessen gewissermassen Symptome höherer Ordnung gezielt verändert. Das ist gut und menschengerechter für Patienten und The-

rapeuten, beide sind motivierter und besser versorgt. Ich habe in einer früheren Arbeit auf die Unterscheidung zwischen «game»- und «growth»-Therapien hingewiesen. Im Wesentlichen lassen sich danach Therapieformen als an Symptomen oder an persönlichem Wachstum orientiert unterscheiden. Ich bin sehr sicher, dass sich viele Therapeuten für Schematherapie nicht nur wegen der anspruchsvolleren Symptom-Betrachtung sondern gerade auch aus Wachstumsüberlegungen interessiert haben. Das gleiche scheint mir für Patienten zuzutreffen: viele möchten die von Young und Klosko eindrucksvoll beschriebenen Barrieren überwinden, andere möchten sich als Person entwickeln. Nun kann man der Schematherapie entweder das Potenzial für beides zubilligen und meinen, dass die Überwindung und Heilung von hinderlichen Schemata auch schon Wachstum darstellt. Ich selbst habe die Haltung, dass Schematherapie auf dem Wege zu Wachstum und persönlicher Entwicklung hilfreich sein kann.

Wünschenswert ist es, dass wir über die Schematherapie hinausgehen und Begriffe wie Evidenz-basierte Therapie auch darauf hin überprüfen, ob sie auch Evidenz für persönliches Wachstum von Patient und Therapeut mit beinhalten. Ich betrachte die Förderung persönlichen Wachstums für Rückfallprophylaxe und Prävention als unabdingbar.

Eine meiner Säulen für die Schematherapie ist die hinreichende Beachtung der realen Lebensbedingungen. Sowohl für das, was die Schematherapie mit der Änderung und Heilung von hinderlichen Schemata gut kann, als auch das Erkennen und Entwickeln der Person sind mit den realen Lebensbedingungen fördernd oder beschränkend verbunden. Einflussnahme auf die realen Lebensbedingungen kann für Heilung und Befreiung wie auch für Wachstum der Person entscheidender sein als eine Schematherapie oder eine sonstige Therapie.

Verhaltenstherapie, Kognitive Therapie, Gestalttherapie und Schematherapie können betrieben werden, wie ich als Junge meine Werkzeuge zum Reparieren (Heilung) verwendet hatte. Zum Frisieren (Wachstum) gehören nicht nur Werkzeuge zur Reparatur. Es braucht Veredelungswerkzeuge und dem zu veredelnden Gegenstand

innewohnende Möglichkeiten. Soll Wachstum bei Patient und Therapeut begünstigt werden, benötigen wir zusätzliches Rüstzeug aus einer Person-zentrierten Psychotherapie und damit Fähigkeiten, welche die der Person gegebene Tendenz zur Selbstentwicklung anstossen.

Als Professor an der Universität Hamburg haben Sie viele Generationen junger Psychologie-Studierender unterrichtet, die sich durch Sie vom Fach haben faszinieren lassen. Als praktischer Forscher haben Sie ausserhalb der Universität die Schematherapie mit PatientInnen eingebracht. Diese Erfahrungen und das Wissen um die Resultate brachten Sie wieder in die akademische Lehre ein. Können Sie hierzu noch mehr erzählen?

Das ist mein Glück im Leben, dass ich dieses beides machen durfte. Störungs- und Änderungswissen vermitteln auf der Grundlage der Begegnung mit Menschen, um die es in beidem geht. Mein Unterricht war für meine Studierenden anregend und überzeugend, weil er Wissen und Anwendungserfahrung verband. Im Übergang von Grund- und Hauptstudium war es für Studierende sicher interessant, von meinen Arbeiten zur Stressimpfung zu erfahren. Sowohl für Sportler als auch für berufstätige Frauen konnten wir zeigen, dass die Kombination von Entspannung mit Intervention auf emotional-kognitiver (Schema-) Ebene die stärksten Auswirkungen auf verbal-subjektiver und auf biochemischer (Plasmacortisol und Immunabwehr) Ebene hatten. Ich hoffe, niemand hat vergessen, zum Wohle des Patienten die Notwendigkeit von Interventionskombinationen zu erwägen. Schematherapie kombiniert Methoden, allerdings ohne die Einzelwirkung und die der Kombinationen zu kennen. Das wäre Anlass zu Untersuchungen. Schematherapie dauert länger als die üblichen Symptom zentrierten Interventionen. Ich habe einige Studierende angehalten zu einem geprüften schrittweisen Vorgehen, für Patienten nach Bedarf von eingegrenzter zu zusammengesetzter oder ergänzter Intervention zu kommen. Das könnte in geplanter Weise für Patient und Therapeut Aufwand reduzieren. Es könnte wichtig sein, Schemaprozesse mit kontingenten Körperreaktionen zu verbinden. Young verbindet

die Schemabewältigungsarten mit den Reaktionsalternativen auf Stress: Schemaerducken mit «freeze», Schemavermeidung mit «flight» und Schemaüberkompensation mit «fight».

Ich habe die im Tierexperiment gefundenen Herz-Kreislaufmuster bei Freeze, Flight und Fight bei Patienten untersucht und überzeugende Hinweise auf die Diagnostizierbarkeit der Schemabewältigungsarten für die basalen Schemata «Emotionale Vernachlässigung, Im Stich gelassen, Misstrauen und Unvollkommenheit» gefunden. Für Studierende liegt darin sicher Stoff für die Verbindung von Grundlagenforschung und Anwendungsforschung. Geradezu aufregend ist die Offenheit der Patienten selbst, ihre Schemaprozesse mit ihren Körperreaktionen zu verbinden.

Sie kennen die fortschreitende Monopolisierung der Psychologie an deutschen Universitäten durch VertreterInnen der Neurowissenschaften. Die Vielfalt geht verloren. Das bedeutet für mich, dass diese KollegInnen die Psychologie, einschliesslich der Klinische Psychologie, kolonialisieren wollen.

Auch wenn es skandalöse Beispiele von Anfangserfolgen gibt, scheint sich das Blatt bereits zu wenden. Verwechslungen von eindrucksvoller Methodik mit Erkenntnisvermehrung wird weniger, sogar schon in den Wissenschaftsmedien. Psychologie lebt von und mit den Bezügen zu allen anderen Fakultäten. Bestrebungen, die Klinische Psychologie aus dem Kontext der gesamten Psychologie zu nehmen, wäre allerdings so schädlich wie die Dominanz der Bio-, Neuro- und Pharmakopsychologie.

Was? Dass sich die klinische Psychologie um ihre eigenen Grundlagen kümmert und Psychotherapie sich als eigenständige Wissenschaft weiterentwickelt? Die private Sigmund Freud Universität in Wien ist eine Tatsache und dort kann Frau oder Mann jetzt einen Bachelor, einen Master und ein Doktorat in Psychotherapiewissenschaft machen. Der Umweg über eine Sozial- oder Humanwissenschaft, wie die Psychologie, ist nicht mehr nötig. Was halten Sie davon?

Ich halte nichts davon. Ich habe viele Studierende kennen- und schätzen gelernt, die

ihre Leidenschaft erst im Laufe des Studiums entdeckt haben. Die Psychologie als ganzes Fach ermöglicht dem einzelnen eine sehr auf ihn zugeschnittene Berufsfindung. Es läge weder im Interesse von Patienten, noch im Interesse der angehenden Therapeuten, wenn ahnungslose Entscheidungen zu Beginn des Studiums nicht auf eine natürliche Weise korrigiert werden könnten. Hinzu kommt, dass man aus meiner Sicht Psychotherapie gar nicht beliebig jung anfangen kann. Der Vorteil einer guten Vorbereitung an der Universität, mit dem Kennenlernen der ganzen Breite der Auffassungen und Schulen, bewahrt die Studierenden vor Indoktrination in einer Freud-, Adler-, Jung, Wolpe-, Beck oder Young Universität und ermöglicht ihnen eine informierte Wahl.

So wie Sie das jetzt schildern, wäre das ein Rückschritt in den überwundenen Schulentreit, unter dem unser Beruf bis in die 1980er Jahre gelitten hat. Wieder schwarz/ weiss zu denken, dass die eine Richtung besser ist als die andere, wäre das nicht ein Rückschritt?

Ja. Wenn Sie mich fragen würden, sind Sie eigentlich ein Anhänger von Schematherapie, da würde ich sagen, ich habe einen enormen Nutzen von der Schematherapie in meiner therapeutischen Arbeit und auch in der Ausbildung von Therapeuten gehabt. Aber welchen berühmten Therapiegründer oder Mitbegründer oder welchen Ansatz ich wirklich liebe: Für die Beantwortung dieser Frage verweise ich Sie auf mein Buch, das Ende des Jahres im Springer Verlag erscheint. Mit Adler und Rogers, Wolpe und Bandura, aber auch mit Vertretern konstruktiv-narrativer Ansätze, können Sie rechnen. Die mir gegenwärtig am meisten bedeuten erfahren Sie dann.

In meinem Buch erfahren Sie auch mehr zu einer neuen Sicht der in Psychotherapie zu betreuenden Menschen (sonst Klienten oder Patienten), die unabhängig von einer Psychotherapeutischen Richtung ist: Ich bezeichne und beschreibe diesen Menschen als «Die Anvertraute Person», die eine über die Youngsche «Begrenzte Elterliche Fürsorge» hinaus weiterentwickelte therapeutische Beziehung impliziert.

Schön, das freut mich, es klingt nach einer integrierenden Richtung. In der Schematherapie hat sich Jeffrey Young Gedanken zum Modus gemacht. Was ist eigentlich der Unterschied zwischen Schema und Modus?

Die Schematherapie ist jung und insofern ist noch nicht alles so konsistent, wie es vielleicht in ein paar Jahren sein wird. Es wird dann wahrscheinlich nicht mehr darüber nachgedacht, weil es klarer konzipiert wird. Ein hinderliches Schema ist eine Gedächtnisstruktur, die frühere Erfahrungen der Person mit sich selbst oder anderen Menschen mit kognitiven, emotionalen und somatischen Aspekten repräsentiert. Zusammen mit der nahezu unbegrenzten Zahl von orientierenden und förderlichen Schemata können sich die Schemata gruppieren zu umfassenderen Anteilen der Person. Den Begriff Anteil der Person ergänze ich zu dem üblichen Vokabular der Schematherapie. Ein Anstoss, ein Aufruf oder eine Auslösung eines Schemas durch eine passende innere oder äussere Gegebenheit führt zu einer Schema bezogenen Anpassung, einem Versuch, die Schemasituation zu vermeiden oder zu einem Anknüpfen gegen die Situation. Dieses Erdulden, Vermeiden oder die Überkompensation sind mögliche Schema-Reaktionen, die für die Person im Vordergrund ihres Erlebens und Handelns stehen. Analog zur Schema Reaktion befindet sich die Person im Zustand eines spezifischen Modus, wenn die aktuelle innere oder äussere Situation ein bestimmtes Schemamuster oder Schemakombination angestossen hat. Eine Schemareaktion ist die Antwort auf ein aktiviertes Schema, ein Schemamodus ist die Antwort auf die Aktivierung einer Kombination oder eines Clusters von Schemata bzw. in meiner Terminologie die Antwort auf die Aktivierung eines Anteils der Person.

Modi stellen den aktuellen Hintergrund für das Erleben und Verhalten der Person dar. Den Modi wird in der Schematherapie eine zunehmend grössere Rolle zugeschrieben, was keineswegs immer berechtigt ist. Günstig für die Therapie wirken sich oft die Kombination der Arbeit mit Schemata und die Arbeit mit Modi aus. In meiner Arbeit mit Anteilen der Person und den zugehörigen Modi wird im Gegensatz zu gängigen Vorgehensweisen in der Schematherapie eine umfassende Sichtung aller wichtigen

Personanteile und Modi herausgestellt. Bedeutsam ist dabei auch die Symbolisierung jedes Personanteils durch eine geeignete Finger- oder Handpuppe. Mit dieser von mir speziell entwickelten Methode geht die Modusarbeit weit über das Ziel der Schematherapie hinaus. Werden in der Schematherapie Modi bekämpft oder gefördert, geht es in meiner Arbeit um Erkennen von gegenwärtigen Mustern der Personanteile, deren Integration und darüber hinaus um Anstösse für persönliche Weiterentwicklung und Wachstum der Person. Spezielle Techniken meines Ansatzes ermöglichen den Bezug von Störungen zu den Personanteilen und damit die kombinierte Veränderung von Störungsbild und Zusammenspiel der Personanteile.

Sie haben sich intensiv mit Eltern- und Kinderschaft beschäftigt. Es ist dies der Lebensabschnitt unserer primären Geschichte, in der sich die Schemata bilden. Schematherapie als Methode für Kinder- und Jugend-PsychotherapeutInnen? Geht das und wenn ja, wie?

Vor ein paar Jahren habe ich auf einer internationalen Tagung der Schematherapeuten in Holland auf die paradoxe Situation hingewiesen, dass sich die Schematherapie mit der Entstehung tiefgreifender Störungen bei Erwachsenen beschäftigt, deren Entstehungsbedingungen in Kindheit und Jugend zu finden sind. Die naheliegende Anwendung von Schematherapie bei Kindern und Jugendlichen gab es nicht. Zusammen mit einem Hamburger Kollegen haben wir im vergangenen Jahr in München mit einem Workshop zur Schematherapie bei Kindern und Jugendlichen begonnen. Ich arbeite seit ca. zwei Jahren mit Behandlungsteams für Kinder und Jugendliche zusammen und bin Fallsupervisor für sechs Behandlungsteams in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie. Insbesondere meine schematherapeutische Arbeit mit Puppen ist hilfreich. Die Behandlungsteams erarbeiten eine gemeinsame Sicht der Schemata und Personanteile eines Patienten und prüfen die Angemessenheit bisheriger Interventionen und verabreden verteilte Betreuungsaufgaben für das Kind oder den Jugendlichen, mit dem Ziel der angemessenen Versorgung bezüglich frustrierter

Kernbedürfnisse, Anleitung und Nacherziehung bei fehlender Anleitung und fehlenden Vorbildern und Förderung altersgemässer Personanteile.

Mit Jugendlichen arbeite ich auch direkt mit dem Puppenansatz, insbesondere zum Verstehen ihrer Person und ihrer Beeinträchtigung sowie zur Erarbeitung von persönlichen Zielen und möglicher und gewünschter Kooperation mit dem Behandlungsteam. Schemata und Modi der Teammitglieder werden berücksichtigt und die Ursprünge der Fehlentwicklungen zu Hause und in der Schule werden in Eltern- und Schulberatungen erklärt. Wenn möglich werden die Eltern zu heilsamem und förderlichem Verhalten angeleitet. Schematherapeutische Bedürfnisanalysen und Entwicklungsziele werden für Umplatzierungen in andere Lebensumgebungen verwendet.

Erlauben Sie mir noch ein paar Fragen zu Ihren Forschungen. Wir reden heute in unserem Feld von der evidenzbasierten Psychotherapie. Es gibt viel Laborforschung an den Universitäten und es werden naturalistische Forschungen betrieben. Eine Goldstandard naturalistische Studie läuft momentan in der Schweiz, die Praxisstudie ambulanter Psychotherapie Schweiz (PAP-S) von der Schweizer Charta für Psychotherapie. Was für gegenwärtige Forschungsideen haben Sie z.B. für die jüngere Generation?

Je länger ich therapeutisch arbeite und je älter ich werde, umso mehr bemühe ich mich, die Patienten genau zu verstehen. Die Patienten schätzen natürlich das Bemühen, aber mehr noch das auch wirklich verstanden werden. Wenn das der Fall ist, eröffnet sich ihnen selbst und eröffnen sie ihrem Therapeuten bedeutsamere für die Therapie richtungweisende Erfahrungen. Die Patienten werden immer unverwechselbarere Individuen und haben dann auch die Chance, einen individuellen Weg der Veränderung zu finden. Je einfacher die Störung, je «Evidenz-basierter» und vorgefertigter darf auch der Behandlungsansatz sein. Je komplizierter, schwerer und verankert in der Persönlichkeit des Patienten die Störung erscheint, umso individuellere Wege der Therapie sind gefragt.

Schematherapie eignet sich für die Behandlung einer schweren, komplizierten

Störung: Borderline. Schematherapie erscheint erlernbar und hat eine Reihe von Annahmen und Handlungsanweisungen für Therapeuten. Dem gegenüber steht die Anforderung an Therapeuten, extrem flexibel zu sein. Darüber hinaus besteht die Erwartung, dass nur erfahrene Therapeuten Schematherapie lernen sollten und sie selbst mit eigenen Schemaprozessen vertraut und selbst auf einem guten Wege der Heilung und der persönlichen Integration sind.

Die Art der beschriebenen Beobachtungen und aufgeworfenen Fragen führt mich zu dem Rat, vor intensiven Forschungsaktivitäten Fragen der angemessenen Forschungsmethoden zu klären. Vieles spricht dafür, sich um kluge Einzelfallstudien zu bemühen, die so angelegt sind, dass ihre Ergebnisse in Teilen in Gruppen analysiert werden können. Ich erwarte, dass Untersuchungen mit Dyaden als Untersuchungseinheiten besonders aufschlussreich sein werden, da sich bedeutsame Therapien nicht ohne die Beziehung zwischen Patient und Therapeut beschreiben lassen. Innovative Ansätze, wie zum Beispiel meine Methode der Anteils-/Modusarbeit mit Puppen könnte zu neuen Annahmen in der Schematherapie führen, oder auch gänzlich neue Wege beschreiten lassen.

Sie haben jetzt nach all den Jahren Forschung und Lehre an der Universität Hamburg und vorher in Kiel ein eigenes Therapie-Institut gegründet. Was ist dabei Ihre Grundmotivation gewesen?

Ich habe vor einigen Jahren das erste deutsche Institut für Schematherapie gegründet und vor zwei Jahren unter das Dach des Instituts für Person-geleitete Verhaltenstherapie gestellt. Am gleichen Ort betreibe ich seit Jahren meine Verhaltenstherapie Praxis. Diese Verbindung – eigene Praxis und daran angegliedert ein Weiterbildungsinstitut war immer mein Traum. In Eckernförde im Institut gebe ich Supervision und leite Selbsterfahrung. Eine Motivation war auch, in einer guten Atmosphäre zu arbeiten. Das Institut liegt in der Altstadt, 1 min Fischrestaurant, 5 min Italiener, 2 min Hafen und 5 min zum Strand. Zu mir kommen Psychologen und Ärzte, die sich für andere Menschen oft verausgaben. Bei mir sollen sie selbst geschätzt

und gut versorgt werden. Bei mir stehen die Therapeuten an erster Stelle und die Patienten an «zweiterster» Stelle. Ich habe den Eindruck, dass oftmals geplagte, geknickte Therapeuten kommen, die gestärkt in ihre Arbeit aber auch in das eigene Leben wieder zurückgehen. Das ist etwas, was diesem Institut, glaub ich, anhaftet. Ich höre es immer wieder rundherum, dass die Teilnehmenden, wenn sie die Wahl haben, dort oder dahin zu gehen in die Selbsterfahrung, dass sie gerne zu mir kommen. Aufrichten und Unterstützen, die eigene Entwicklung von Therapeuten fördern ist wichtig in der Weiterbildung. Patienten brauchen keine depressiven Therapeuten.

Wir wissen von Lamberts et al. Metastudie, dass 30% des Wirkungsfaktors die psychotherapeutische Beziehung und nur 15% die angewandte Methode ist. 40% des Wirkfaktors ist eigentlich das, was Sie als Person bezeichnen, der Lebenskontext, die Bildung, die soziale Vernetzung, die Arbeitsstruktur und die Überlebensmotivation in ihm oder in ihr. Verdichtet ausgedrückt ist es die Heilskraft der Seele in uns als PatientInnen, die stärker wirkt, als die gewählte Psychotherapie-Methode.

Und wir haben damit ein Stückchen Carl Rogers dabei. Das ist der, der glaubt an die nur verschütteten Stärken im Menschen. Mechanismen zur Wiederherstellung wohnen der ganzen Natur und auch dem Menschen inne. Das ist ein durchgängiges Prinzip von Lebewesen. Ich bin selbst fasziniert davon bei meinen Patienten. Es gibt aber eben auch die Momente und Lebensabschnitte, in denen sich ein Mensch eben nicht auf sich selbst stützen kann, sondern wie ein kleines Kind an die Hand genommen werden muss und der dort die Unterstützung von aussen braucht. Carl Rogers ist in meinem Denken eine wichtige Person.

Young hat auch eine klientenzentrierte Grundausbildung gehabt, aber er erwähnt es nicht einmal. Ich glaube, dass die Basis der Schematherapie, die Gestaltung der therapeutischen Beziehung nicht nur mit Bowlby's Bindungstheorie verknüpft ist, sondern sehr viel mehr auch das Denken von Carl Rogers beinhaltet. Das Spezifische der Schematherapie kommt dazu: Meine Kenntnis der Schemaprozesse der Person lassen mich ein ein-

führender Therapeut sein, der bereit ist, die Patienten entsprechend ihrer deprivierten Kernbedürfnisse zu versorgen.

Wenn ich mich als erfahrener Psychotherapeut in eine Fortbildung in Schematherapie gebe, habe ich die frische Möglichkeit, mich als Person noch einmal von einer andern Seite anzuschauen, mit den Schemata und Modi, die ich habe, welche allenfalls eine Blockade oder Lebendigkeit in mir binden können und ich als Gegenübertragung in der Psychotherapie einbringe.

Der Therapeut hat und macht dann Probleme in der Therapie, wenn sein Erleben und Verhalten unbemerkt durch Schemaauflösungen gesteuert wird. Unbemerkte Wechsel in dysfunktionale Schemamodi verhindern die angemessene Beantwortung von Patientenverhalten.

Also die Produktion von Problematiken in der Psychotherapie, die von mir als Psychotherapeut aus kommen und nicht von Hilfesuchenden?

Unsere eigenen Schemata lassen ein eigentlich nachvollziehbares Verhalten als Abwertung oder Angriff werten, das unbemerkte Kippen in einen verletzten oder verärgerten Zustand ermöglicht die Neigung, den Patienten für Hindernisse verantwortlich zu machen und eventuell sogar zu bestrafen. Der bedürftige Borderline-Patient kann zum Beispiel als manipulativ überfordernd und undankbar erscheinen. In verärgerten oder ablehnenden und strafenden Zuständen als Antwort kann der Therapeut übersehen, dass er den Patienten für seine tatsächliche Situation der unzureichenden Versorgung bestraft.

Und es gibt einen zweiten Hintergrund: ob jemand Gewinn haben kann aus einer Therapie lässt sich allein aus dem Geschehen in der Therapie ohne die Berücksichtigung der Umgebung, in der er lebt, mit den realen Umständen, mit denen er sich rumzuschlagen hat nicht sagen. Ich weiss z.B. von meiner Frau, die als Suchttherapeutin arbeitet, unter welchen lähmenden, aussichtslosen und zerstörerischen Lebensumständen die Patienten oft schon ihr ganzes Leben verbringen mussten und oder immer noch leben. In solchen Fällen werden hinderliche Schemata und dysfunktionale Zustände der

Patienten durch Realität aufrechterhalten und sind keineswegs, zumindest nicht ausschließlich Ergebnis hinderlicher Gedächtnisstrukturen in der Person. Für so betroffene Patienten braucht es noch mehr die Verbindung von Sozialarbeiter und Psychotherapeut, das gehört zusammen.

An dieser Stelle fehlt es in der Psychotherapie und damit auch in der Schematherapie an ökopyschologischen Überlegungen und Handlungsmöglichkeiten. Viele Therapien und besonders solche, die auf die innere Veränderung abzielen wie die Schematherapie, laufen ohne diese ökopyschologische Seite Gefahr, den Patienten zu überfordern und ihn letztlich dafür verantwortlich zu machen und ihn damit im Stich zu lassen. Wir haben da noch viel zu tun. Von Amerika können wir hier allerdings nicht lernen. In Deutschland sind wir z.B. was die Berücksichtigung der realen Lebenswelt der Patienten angeht, weit und uneinholbar voraus. Was noch fehlt ist die noch stärkere Integration in die Psychotherapie. Ich kenne genügend Schicksale, bei denen positive Beeinflussung der realen Lebensbedingungen die bessere Psychotherapie ist, aus der heraus sich oft in erstaunlicher Weise Selbstheilungskräfte entwickeln.

Werter Professor Berbalk, ich bedanke mich für das Gespräch.

Einschlägige Publikationen:

Berbalk, H. & Hahn, K.-D. (1980). **Lebensstil, psychisch-somatische Anpassung und klinisch-psychologische Intervention.** In Baumann, U., Berbalk H. & Berbalk, H. & Kempkensteffen, J. (2000). **Die Bedeutung des «Momentanen Personalen Gesamtzustandes» für die Arbeit in der Depressionstherapie.** Psychotherapeuten Forum: Praxis und Wissenschaft, Nr. 3. Berbalk, H. & Kempkensteffen, J. (2005). **Cardiovascular reactions as parts of schema processes.** Vortrag auf dem Symposium Schematherapie anlässlich des 35. Jährlichen Kongresses der EABCT in Thessaloniki, Griechenland.
 Berbalk, H. & Young, J.E. (2009). **Schematherapie.** In Margraf, Schneider (Hrsg.). Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Bd. 1. New York: Springer.
 Berbalk, H. (2011). **Schematherapie.** In Margraf, Schneider (Hrsg.). Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Bd. 4 Materialien New York: Springer.

ALS – eine Fortsetzung der MS?

Dr. phil Jaron Bendkower

Seit ich mein Buch zur MS [1] veröffentlichte, wurde ich auch mehrmals zum Thema ALS gefragt. Je länger, umso mehr, erschien mir die Beschäftigung mit ALS (Amyotrophe Lateralsklerose) eine Fortsetzung des Themas MS. Aber eigentlich geht es nicht um diese beiden Bilder, sondern um den generellen Umgang mit vielen chronischen Krankheiten. Nicht etwa geht es um den psychischen Anteil bei deren Entstehung. Den gibt es zweifellos. Wichtiger aber ist in unserem Zusammenhang der psychische Anteil beim therapeutischen Umgang mit ihnen. Und da wird es sofort wieder leichter ums Herz, denn da gibt es viel Gutes zu machen.

Im folgenden Artikel stelle ich exemplarisch Morrie vor [2]. Dies ist auf den ersten Blick kein erhebendes Beispiel, denn Morrie ist tot. Er starb an seiner ALS. Viele von uns kennen diese Krankheit von Stephen Hawking her. Hawking doziert und schreibt Bücher, stieg kürzlich kurz in die Schwerelosigkeit hinaus, lebt also noch intensiv; nach Jahrzehnten ALS. Bewegungen aber kann er sich schon lange nicht mehr, und sich verständlich machen nur noch über einen Apparat. Sein Körper ging rasch ein. Seine Muskeln sind mittlerweile völlig erschlafft. Manche Symptome der ALS (incl. dem Spasmus) decken sich mit denen der MS. ALS führt in der Regel in drei bis fünf Jahren zum Tod. Die MS hingegen ist nur selten tödlich. Es erstaunt wenig, dass manche ALS-er die MS-ler um ihre Krankheit beneiden. Ebensov wenig erstaunt, dass die MS homöopathisch ab und zu mit dem «Wilden Jasmin» behandelt wird. Mit jenem Heilmittel, mit dem Indianer, unverdünnt als Gift verabreicht, das Gottesurteil vollzogen. Das Gift nannten sie «gläserner Sarg». Der Verurteilte war sehenden Auges und bei klarem Verstand zur völligen Bewegungsunfähigkeit verdammt. Er musste bei vollem Bewusstsein seinen

eigenen Tod miterleben. Zwischen ALS und einer solcherart wildgewordenen MS ist der Unterschied nur graduell. Morrie starb übrigens sehenden Auges an seiner ALS. Es fällt nicht leicht, sich von dieser Dramatik nicht berühren zu lassen und doch hilfreich zu bleiben; genau darum aber geht es hier: es geht wirklich!

Morries Beispiel ist für uns lehrreich. Vielleicht darum, weil Morrie ein aussergewöhnlicher Mensch war, gütig und weise. Das reicht aber leider nicht aus. Güte und Weisheit hat noch nie jemanden vor dem Sterben bewahrt. Oder ist Morris ein Beispiel dafür, wie man «gut sterben» könne? Vielleicht. Vormalig war er in Boston Professor für Soziologie. Ein früherer Student von ihm, Mitch Albom, besuchte ihn, als er von Morries Erkrankung erfuhr. Jeden Dienstag fuhr er hin. Viele ehemalige Studenten, Freunde und Kollegen besuchten Morrie. Zu seinen ehemaligen Studenten gehörten manche Anführer der US-amerikanischen 68er-Studentenbewegung. Seine Weisheiten stammten aus vielen Quellen. Von der Kultur her war er jüdisch, er schöpfte aber aus vielen Traditionen. Auch der Buddhismus war ihm nah.

Einer seiner ehemaligen Studenten war besagter Mitch. Als Morrie starb, hatte er seit zwei Jahren ALS und die 70 schon überschritten. Wir hätten ihm dennoch ein schöneres Ende gewünscht. An den Dienstagen, von denen Mitch berichtet, sprach Morrie eindrücklich über die Bedeutung der Familie, über die Liebe. Auch wusste er: Wer zuvor nicht tief empfunden hatte, könne nicht loslassen. Wer nicht richtig gelebt hatte, könne auch nicht gut sterben. Er konnte es. Jeder Leser ist von so viel aus Lebenserfahrung geschöpfter Weisheit ergriffen. Ich natürlich auch. Im Verlauf der Lektüre aber wurde ich zunächst einmal skeptisch. Den Grund versuchte ich bald zu ergründen.

Warum wurde ein derart gefühlvoller, weiser Mann so krank? War seine Krankheit eine wirre Laune der Natur? Ein Zufall? Lag ihr eine erbliche Belastung zugrunde? Diese Fragen stellen sich fast alle chronisch Kranken. Auffällig ist: Morrie ging dieser Frage nie nach. Im Gegenteil: Er betrachtet seine Erkrankung mit dem, was er klares «Be-

- 1 Jaron Bendkower, 2010: *Mit Multipler Sklerose mitten im Leben.* Heidelberg
- 2 Mitch Albom, 2002 (1997): *Dienstags bei Morrie.* München