

Faßbinder • Schweiger • Jacob

THERAPIE-TOOLS



Schematherapie

3. Auflage

Faßbinder • Schweiger • Jacob

Therapie-Tools
Schematherapie



PD Dr. Eva Faßbinder, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, tätig in eigener Praxis in Lübeck. Supervisorin für Verhaltenstherapie, Schematherapie und Gruppenschematherapie. Klinische und Forschungsschwerpunkte: Schematherapie und andere moderne Psychotherapiemethoden, erlebnisbasierte Techniken, Emotionsregulation, Gruppenpsychotherapie, Persönlichkeitsstörungen, Depression, Traumafolgestörungen sowie transdiagnostische Prozesse/Behandlungsansätze.



Prof. Dr. Ulrich Schweiger (1955–2022) war Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin. Er war viele Jahre als leitender Oberarzt an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Universität Lübeck tätig und zuletzt Chefarzt am Helios Hansekrankenhaus Stralsund.



PD Dr. Gitta Jacob, Psychologische Psychotherapeutin, leitende Psychotherapeutin bei der GAIA AG Hamburg. Supervisorin für Verhaltenstherapie, zertifizierte Schematherapeutin, langjährige Dozententätigkeit zu den Themen Schematherapie, emotionsfokussierte Techniken, schwierige Situationen in der Psychotherapie, Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Eva Faßbinder • Ulrich Schweiger • Gitta Jacob

Therapie-Tools Schematherapie

Mit Online-Material

3., neu ausgestattete Auflage

BELTZ

PD Dr. med. Eva Faßbinder
Privatpraxis für Psychische Gesundheit
Beckergrube 2
23552 Lübeck

Prof. Dr. med. Ulrich Schweiger

PD Dr. Gitta Jacob
GAIA AG
Gertigstr. 12-14
22303 Hamburg

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Die Verlagsgruppe Beltz behält sich die Nutzung ihrer Inhalte für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor.

Haftungshinweis: Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-28824-8
ISBN 978-3-621-28983-2 E-Book (PDF)

3., neu ausgestattete Auflage 2024
1. Auflage 2011

© 2024 Programm PVU Psychologie Verlags Union
in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Andrea Glomb
Umschlaggestaltung: Lina Marie Oberdorfer

Herstellung: Victoria Larson
Satz: Markus Schmitz, Altenberge
Gesamtherstellung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Beltz Grafische Betriebe ist ein klimaneutrales Unternehmen (ID 15985-2104-100).
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor_innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter	7
Vorwort zur 1. Auflage	11
1 Einführung in die Schematherapie	13
1.1 Maladaptive Schemata	13
1.2 Schema-Coping	13
1.3 Das Schema-Modus-Konzept	14
1.4 Fallkonzeptualisierung nach dem Modus-Konzept	14
1.5 Therapeutische Interventionen	15
2 Psychoedukation	19
3 Modi bewusst wahrnehmen	91
4 Sicherheit herstellen	102
5 Die problematischen Kindmodi	117
6 Die problematischen Elternmodi	166
7 Die problematischen Bewältigungsmodi	199
8 Der Modus des fröhlichen Kindes	236
9 Der Modus des gesunden Erwachsenen	246
Literatur	269

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter

2 Psychoedukation	19
INFO 1 Was ist Schematherapie?	22
INFO 2 Ziele der Schematherapie	25
INFO 3 Die Schemata im Überblick	26
INFO 4 Die Modi im Überblick	29
INFO 5 Allgemeines Entstehungsmodell zu Schemata und Modi	34
AB 1 Mein Modus-Modell	36
INFO 6 Die wichtigsten Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung	37
INFO 7 Die wichtigsten Modi der Borderline-Persönlichkeitsstörung	38
INFO 8 Das Entstehungsmodell der Borderline-Persönlichkeitsstörung	40
AB 2 Borderline-Persönlichkeitsstörung: Achtsamkeit für Modi trainieren	41
INFO 9 Die wichtigsten Symptome der narzisstischen Persönlichkeitsstörung	43
INFO 10 Die wichtigsten Modi der narzisstischen Persönlichkeitsstörung	44
INFO 11 Das Entstehungsmodell der narzisstischen Persönlichkeitsstörung	46
AB 3 Narzisstische Persönlichkeitsstörung: Achtsamkeit für Modi trainieren	48
INFO 12 Die wichtigsten Symptome der histrionischen Persönlichkeitsstörung	50
INFO 13 Die wichtigsten Modi der histrionischen Persönlichkeitsstörung	51
INFO 14 Das Entstehungsmodell der histrionischen Persönlichkeitsstörung	53
AB 4 Histrionische Persönlichkeitsstörung: Achtsamkeit für Modi trainieren	55
INFO 15 Die wichtigsten Symptome der selbstunsicher-vermeidenden Persönlichkeitsstörung	57
INFO 16 Die wichtigsten Modi der selbstunsicher-vermeidenden Persönlichkeitsstörung	58
INFO 17 Das Entstehungsmodell der selbstunsicher-vermeidenden Persönlichkeitsstörung	61
INFO 18 Die wichtigsten Symptome der dependenten Persönlichkeitsstörung	63
INFO 19 Die wichtigsten Modi der dependenten Persönlichkeitsstörung	64
INFO 20 Das Entstehungsmodell der dependenten Persönlichkeitsstörung	66
AB 5 Dependente und selbstunsichere Persönlichkeitsstörung: Achtsamkeit für Modi trainieren	68
INFO 21 Die wichtigsten Symptome der zwanghaften Persönlichkeitsstörung	70
INFO 22 Die wichtigsten Modi der zwanghaften Persönlichkeitsstörung	71
INFO 23 Das Entstehungsmodell der zwanghaften Persönlichkeitsstörung	73
AB 6 Zwanghafte Persönlichkeitsstörung: Achtsamkeit für Modi trainieren	75
INFO 24 Die wichtigsten Symptome der paranoiden Persönlichkeitsstörung	77
INFO 25 Die wichtigsten Modi der paranoiden Persönlichkeitsstörung	78
INFO 26 Das Entstehungsmodell der paranoiden Persönlichkeitsstörung	80
AB 7 Paranoide Persönlichkeitsstörung: Achtsamkeit für Modi trainieren	82
INFO 27 Die wichtigsten Symptome der antisozialen Persönlichkeitsstörung	84
INFO 28 Die wichtigsten Modi der antisozialen Persönlichkeitsstörung	85
INFO 29 Das Entstehungsmodell der antisozialen Persönlichkeitsstörung	88
AB 8 Antisoziale Persönlichkeitsstörung: Achtsamkeit für Modi trainieren	89
3 Modi bewusst wahrnehmen	91
AB 9 Modus-Wochenprotokoll	92
INFO 30 Erklärungen zum Modus-Wochenprotokoll	93
AB 10 Meine Modus-Analyse	95
AB 11 Bewusste Wahrnehmung von Modi trainieren	98

4 Sicherheit herstellen	102
INFO 31 Notfallplan	104
AB 12 Mein Notfallplan	105
INFO 32 Krisenstrategien: Was hilft mir in welchem Modus?	106
AB 13 Was hilft mir in welchem Modus?	107
AB 14 Fallbeispiele Krisensituationen	110
AB 15 Mein sicherer Ort	113
AB 16 Was gibt mir ein Gefühl von Sicherheit?	115
5 Die problematischen Kindmodi	117
INFO 33 Die problematischen Kindmodi	120
AB 17 Die problematischen Kindmodi – Teil 1: Den Modus erkennen	122
AB 18 Die problematischen Kindmodi – Teil 2: Umgang mit dem Modus	124
INFO 34 Die verletzlischen, traurigen Kindmodi	125
AB 19 Fantasiereise zum »kleinen Ich«	127
AB 20 Kontaktaufnahme zum verletzlischen, traurigen Kindmodus	129
AB 21 Bedürfnisse erkennen	131
INFO 35 Die Grundbedürfnisse von Kindern	132
AB 22 Wurden meine Grundbedürfnisse in meiner Kindheit erfüllt?	133
AB 23 Umgang von Elternmodi und gesundem Erwachsenen mit den Kindmodi	136
AB 24 Meine Trostbox	140
INFO 36 Was hilft in den verletzlischen, traurigen Kindmodi?	141
AB 25 Meine individuelle Liste: Was hilft in den verletzlischen, traurigen Kindmodi?	143
INFO 37 Die ärgerlichen, wütenden Kindmodi	145
AB 26 Die Geschichte vom kleinen Tobias, der nicht mitspielen durfte	147
AB 27 Kontaktaufnahme zum ärgerlichen, wütenden Kindmodus	149
AB 28 Gefühle und Bedürfnisse hinter der Wut erkennen	151
AB 29 Eigene Situationen: Gefühle und Bedürfnisse hinter der Wut erkennen	154
AB 30 Frühwarnsymptome des wütenden Kindmodus	156
INFO 38 Was hilft in den ärgerlichen, wütenden Kindmodi?	157
INFO 39 Die impulsiven, undisziplinierten Kindmodi	159
AB 31 Impulsive, undisziplinierte Kindmodi: Vor- und Nachteile abwägen	161
AB 32 Impulsive, undisziplinierte Kindmodi reduzieren	162
INFO 40 Was hilft in den impulsiven, undisziplinierten Kindmodi?	164
6 Die problematischen Elternmodi	166
INFO 41 Die problematischen Elternmodi	169
AB 33 Die problematischen Elternmodi – Teil 1: Den Modus erkennen	170
AB 34 Die problematischen Elternmodi – Teil 2: Umgang mit dem Modus	172
AB 35 Problematische Elternmodi identifizieren	173
AB 36 Botschaften der problematischen Elternmodi identifizieren	175
AB 37 Botschaften der Elternmodi überprüfen	177
AB 38 Botschaften der Elternmodi verändern	178
AB 39 Fakten sammeln, die den problematischen Elternmodi widersprechen	179
AB 40 Den problematischen Elternmodus auf den Stuhl setzen	180
AB 41 Das Gegenteil von dem tun, was die problematischen Elternmodi sagen	181
INFO 42 Der strafende Modus	183

AB 42	Den strafenden Modus bekämpfen	185
INFO 43	Was hilft, um den strafenden Modus zu bekämpfen?	186
INFO 44	Der leistungsfordernde Modus	188
INFO 45	Der Teufelskreis im leistungsfordernden Modus	189
AB 43	Der leistungsfordernde Modus – Kosten-Nutzen-Rechnung	190
INFO 46	Was unterscheidet den leistungsfordernden Modus vom gesunden Erwachsenenmodus?	191
INFO 47	Was hilft im leistungsfordernden Modus?	193
INFO 48	Der emotional fordernde Modus	195
AB 44	Der Verantwortungskuchen	196
INFO 49	Was hilft, um den emotional fordernden Modus zu bekämpfen?	197
7	Die problematischen Bewältigungsmodi	199
INFO 50	Die problematischen Bewältigungsmodi	202
AB 45	Die problematischen Bewältigungsmodi – Teil 1: Den Modus erkennen	204
AB 46	Die problematischen Bewältigungsmodi – Teil 2: Umgang mit dem Modus	206
AB 47	Bewältigungsmodi erkennen	207
INFO 51	Der biografische Ursprung von Bewältigungsmodi	209
AB 48	Wie sind die Bewältigungsmodi bei mir entstanden?	210
AB 49	Bewältigungsstrategien früher und heute	211
AB 50	Alte Bewältigungsstrategien hinterfragen	212
AB 51	Bewältigungsmodi reduzieren	213
AB 52	Den Bewältigungsmodus in konkreten Situationen überprüfen	214
INFO 52	Teufelskreis Bewältigungsmodi in Beziehungen	215
AB 53	Wie kann ich erkennen, ob meine Beziehung hilfreich oder schädlich ist?	216
AB 54	Eigene aggressive Verhaltensmuster in Beziehungen erkennen	218
INFO 53	Was unterscheidet die Bewältigungsmodi vom Modus des gesunden Erwachsenen?	219
INFO 54	Der Bewältigungsmodus der Unterwerfung	220
AB 55	Typische Verhaltensweisen aus dem Bewältigungsmodus der Unterwerfung	221
INFO 55	Was hilft, den Bewältigungsmodus der Unterwerfung zu reduzieren?	222
INFO 56	Der Bewältigungsmodus der Vermeidung	224
AB 56	Typische Verhaltensweisen aus dem Bewältigungsmodus der Vermeidung	226
AB 57	Typische Situationen, in denen der Bewältigungsmodus der Vermeidung auftritt	227
INFO 57	Dissoziation	228
INFO 58	Was hilft, den Bewältigungsmodus der Vermeidung zu reduzieren?	230
INFO 59	Der Bewältigungsmodus der Überkompensation	232
AB 58	Typische Verhaltensweisen aus dem Bewältigungsmodus der Überkompensation	234
INFO 60	Was hilft, den Bewältigungsmodus der Überkompensation zu reduzieren?	235
8	Der Modus des fröhlichen Kindes	236
INFO 61	Der Modus des fröhlichen Kindes	237
AB 59	Der Modus des fröhlichen Kindes – Teil 1: Den Modus erkennen	239
AB 60	Der Modus des fröhlichen Kindes – Teil 2: Umgang mit dem Modus	241
AB 61	Kontaktaufnahme zum fröhlichen Kindmodus	242
INFO 62	Wie kann ich den Modus des fröhlichen Kindes fördern?	243
AB 62	Meine individuelle Liste – Wie kann ich den Modus des fröhlichen Kindes fördern?	245

9	Der Modus des gesunden Erwachsenen	246
INFO 63	Der Modus des gesunden Erwachsenen	248
INFO 64	Das Zusammenspiel des gesunden Erwachsenenmodus mit den anderen Modi	249
AB 63	Der Modus des gesunden Erwachsenen – Teil 1: Den Modus erkennen	250
AB 64	Der Modus des gesunden Erwachsenen – Teil 2: Umgang mit dem Modus	252
AB 65	Imaginationen zur Stärkung des gesunden Erwachsenenmodus: Neues Verhalten in der Imagination trainieren	253
AB 66	Verhaltensexperimente	254
AB 67	Imagination zum Inneren Helfer	255
AB 68	Prioritäten setzen – Veränderungen planen	256
AB 69	Problemlösen	257
AB 70	Werte und Ziele	259
AB 71	Mehr Zeit im Modus des gesunden Erwachsenen verbringen	261
AB 72	Meine Vorhaben, um mehr Zeit im gesunden Erwachsenenmodus zu verbringen	263
INFO 65	Aufbau von Aktivitäten zur Stärkung des gesunden Erwachsenenmodus	264
INFO 66	Belohnungen	266
INFO 67	Selbstinstruktionskarten	267
INFO 68	Für sich sorgen	268

Vorwort zur 1. Auflage

Die Verbreitung der Schematherapie hat in den letzten Jahren international große Fortschritte gemacht. Auch im deutschsprachigen Raum sind zahlreiche Artikel und Bücher zur Theorie und praktischen Durchführung der Schematherapie erschienen. Nach den grundlegenden Büchern von Young und Kollegen (Young et al., 2005; Young & Klosko, 2008), die den ursprünglichen Schema-Ansatz vorstellen, wird in neueren Büchern insbesondere die Arbeit mit dem Schema-Modus-Modell dargestellt (Arntz & van Genderen, 2010; Jacob & Arntz, 2015; Jacob et al., 2011). Das Modusmodell stellt die häufig sehr komplexen Probleme von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen oder anderen chronischen Problemen klar dar und wird nach unserer Erfahrung sowohl von Therapeuten als auch von Patienten schnell gut verstanden. Dieses Buch lehnt sich inhaltlich an das Therapeutenbuch von Jacob und Arntz (2015) und das Patientenbuch von Jacob et al. (2011) an und bietet eine große Auswahl an Arbeitsmaterialien, die direkt an Patienten ausgeteilt werden können. Der theoretische Hintergrund der Schematherapie wird für Therapeuten und Patienten verständlich erklärt. Anhand der Arbeitsblätter finden Therapeuten viele konkrete Vorschläge zur praktischen Umsetzung der Schematherapie.

Das Buch beginnt mit einem Kapitel zur Einführung in die Schematherapie. Unser Ziel war es, den Großteil dieses Bandes sowohl für Therapeuten als auch Patienten verständlich zu schreiben. Wir haben uns deshalb entschieden, den Theorieteil für Therapeuten knapp zu halten und verweisen hier auf die oben genannten Bücher. Die weiteren Kapitel sind jeweils so aufgebaut, dass zu Beginn eine kurze Einführung und Erklärung zu den Arbeitsmaterialien für Therapeuten erfolgt und sich im Anschluss daran die Arbeitsmaterialien finden. Kapitel 2 (Psychoedukation) bietet zunächst in einem allgemeinen Teil Informationen zu Schemata, Modi und deren Entstehungsbedingungen. Im speziellen Teil werden für jede Persönlichkeitsstörung störungsspezifische Informationen bereitgestellt. Kapitel 3 bietet Arbeitsmaterialien, mit denen Patienten trainieren können, Modi bewusst wahrzunehmen. Kapitel 4 beschäftigt sich mit dem in der Schematherapie so wichtigen Aspekt der zwischenmenschlichen Sicherheit. Im Anschluss finden sich Kapitel für jede Modusgruppe (problematische Kindmodi, problematische Elternmodi, problematische Bewältigungsmodi, Modus des fröhlichen Kindes und Modus des gesunden Erwachsenen).

Die Schematherapie versteht sich als transdiagnostische Methode – so haben wir auch in diesem Buch eine große Bandbreite an Materialien für verschiedene Störungen und Modi zusammengestellt. Es ist Aufgabe des Therapeuten, die für den Patienten relevanten Arbeitsmaterialien auszuwählen.

Aus Gründen der Einfachheit und Lesbarkeit haben wir bei den Begriffen Therapeut/-in und Patient/-in jeweils die männliche Form gewählt.

Um sich auf den Arbeits- und Informationsblättern direkt zurechtzufinden, sind alle mit verschiedenen Icons ausgestattet. An diesen können Sie sofort erfassen, für wen das Arbeits- oder Informationsblatt gedacht ist und wie die Handhabung erfolgen sollte. Folgende Icons werden Ihnen im Buch begegnen:

T **Therapeut:in:** Dieses Icon kennzeichnet Arbeits- und Informationsblätter, die nur für den Therapeuten selbst gedacht sind.

P **Patient:in:** Mit diesem Icon ausgezeichnete Arbeits- oder Informationsblätter werden dem Patienten zur Bearbeitung ausgehändigt.

Dieses Buch entstand aus einer Kooperation der Arbeitsgruppen Schematherapie der Universitäten Freiburg und Lübeck. Wir freuen uns sehr über die gute Zusammenarbeit und möchten uns an dieser Stelle auch bei unseren Kollegen für die engagierte Arbeit bedanken. Ganz besonderer Dank gebührt auch Arnoud Arntz, David Bernstein, Hannie van Genderen, Joan Farrell und Ida Shaw, die uns in Schematherapie ausgebildet und für diese Methode begeistert haben. Valerija Sipos, Niclas Wedemeyer, Karen Eickhoff, Christine Zens und Gerhard Zarbock begleiten uns seit Jahren mit supervisorischem Input und hilfreichen kollegialen Diskussionen, dafür herzlichen Dank. Wir danken außerdem dem Beltz Verlag, insbesondere Frau Andrea Glomb und Frau Dr. Svenja Wahl, die uns in allen Belangen sehr effektiv unterstützt haben. Einen sehr herzlichen Dank möchten wir unseren Patienten und Patientinnen aussprechen, die uns immer wieder zu neuen Ideen inspirieren und unsere Arbeit so besonders machen. Zum Abschluss ist es uns ganz besonders wichtig, unseren Familien, Partnern und Freunden ein großes »Dankeschön« für ihre immerwährende Unterstützung, Geduld und Toleranz auszusprechen.

Wir wünschen allen Lesern viel Freude bei der Arbeit mit diesem Buch und hoffen, dass Sie viele Anregungen für die Praxis finden.

Lübeck und Freiburg, im Sommer 2011

*Eva Faßbinder
Ulrich Schweiger
Gitta Jacob*

1 Einführung in die Schematherapie

Die Schematherapie nach Jeffrey Young (Young & Klosko, 2008) bzw. Arnoud Arntz (Arntz & van Genderen, 2010) ist eine Weiterentwicklung der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT). Sie wurde gezielt für Nonresponder auf KVT entwickelt und integriert auch Techniken humanistischer Therapien wie der Gestalttherapie. Schematherapie wurde ursprünglich als störungsübergreifender Ansatz entwickelt. Darüber hinaus wurden mittlerweile für viele Persönlichkeitsstörungen (PS) störungsspezifische Modelle erarbeitet. Im Vergleich zur KVT sind folgende vier Merkmale bedeutsam:

- (1) Der Veränderung des **emotionalen Erlebens** kommt ein zentraler Stellenwert zu, dazu werden emotionsfokussierende Interventionen wie Imaginationsübungen und Stuhldialoge eingesetzt.
- (2) Die **Therapiebeziehung** wird konzeptualisiert als begrenzte elterliche Fürsorge (Limited Parenting) in dem Sinne, dass der Therapeut einen aktiven, fürsorglichen und teilweise elternartigen Beziehungsstil gegenüber dem Patienten einnimmt.
- (3) Den **Erfahrungen aus Kindheit und Jugend** wird ein zentraler Stellenwert für die Entstehung von chronischen psychischen Problemen eingeräumt.
- (4) Handlungsleitend ist das Konzept der **Bedürfnisorientierung**; als Schemata werden solche Muster definiert, die aus früher Bedürfnisfrustration herrühren und heute eine angemessene Erfüllung der eigenen Bedürfnisse verhindern.

1.1 Maladaptive Schemata

Ein Schema ist eine mentale Struktur, die der automatischen Informationsverarbeitung dient und die sowohl Kognitionen, Emotionen, Erinnerungen, Wahrnehmungen als auch interpersonelle Muster beinhaltet. Es wird davon ausgegangen, dass Schemata während der Kindheit angelegt wurden und durch Coping-Mechanismen und das interpersonelle Verhalten des Patienten während seines Lebens aufrechterhalten werden. Wenn ein bestehendes Schema aktualisiert wird, treten typischerweise intensive Gefühle auf, beispielsweise Angst, Traurigkeit oder Verlassenheit. Young et al. (2008) definierten auf der Grundlage klinischer Beobachtung 18 maladaptive Schemata, die untergliedert sind in insgesamt fünf sogenannte *Schemadomänen*. Jede Schemadomäne wird mit der Nichterfüllung bestimmter Grundbedürfnisse in der Kindheit in Verbindung gebracht. Grundsätzlich bestehen vermutlich bei den meisten oder allen Menschen in irgendeiner Form maladaptive Schemata. Zur psychischen Störung wird dies dann, wenn die Schemata so stark ausgeprägt sind, dass sie mit gestörtem emotionalen Erleben und entsprechenden Symptomen oder Funktionsproblemen einhergehen.

Genauere Erläuterungen zu den einzelnen Domänen und Schemata finden Sie auf **INFO 3** »Die Schemata im Überblick«, in dem die 18 Schemata für Patienten kurz vorgestellt werden. Für detaillierte Information über die Entstehung und Bedeutung der Schemata sowie die Konsequenzen für den therapeutischen Umgang verweisen wir auf Young et al. (2008) sowie auf Jacob und Arntz (2011).

1.2 Schema-Coping

Ein gegebenes Schema geht nicht unbedingt mit einem ganz bestimmten Problemverhalten einher. Wie sich ein Schema in Beziehungen zeigt, hängt wesentlich vom jeweiligen Bewältigungsstil ab. In der Schematherapie werden drei verschiedene Copingstile unterschieden.

- (1) Von **Unterwerfung** wird gesprochen, wenn sich der Betroffene dem Schema »ergibt« und sich so verhält, als sei das Schema wahr. Er lässt damit zu, dass andere ihn schlecht behandeln (bis hin zu Missbrauch), selbst wenn es prinzipiell in seiner Macht läge, Grenzen zu ziehen.
- (2) **Vermeidung** liegt dann vor, wenn soziale Situationen und/oder Emotionen durch Rückzug oder andere Mechanismen wie etwa Substanzgebrauch umgangen werden. Auch Stimulation oder stark beruhigende oder besänftigende Tätigkeiten können der Vermeidung dienen.
- (3) **Überkompensation** liegt vor, wenn sich der Betroffene extrem dominant und selbstbewusst verhält, als sei das Gegenteil des Schemas wahr. Das bedeutet, sich beispielsweise bei Vorliegen eines Versagensschemas »aufzublasen« und eigene Erfolge stark zu betonen, oder bei einem Missbrauchsschema anderen gegenüber übermäßig selbstbewusst und aggressiv aufzutreten und eher andere zu missbrauchen, als weiteren Missbrauch zuzulassen.

1.3 Das Schema-Modus-Konzept

Mit einem einzigen Schema können sehr unterschiedliche Verhaltens- und Erlebensmuster verbunden sein. So kann sich eine Patientin mit starkem Versagensschema einerseits traurig, verzweifelt und hilflos fühlen, wenn ihr nur ein geringfügiger Fehler unterläuft. Andererseits kann sie möglicherweise in überkompensierender Weise extreme Leistungsfähigkeit zur Schau stellen und eigene Fehler negieren. Möglicherweise vermeidet sie Leistungssituationen aber auch, um nicht mit den damit verbundenen Gefühlen in Verbindung zu treten. Diese situativ wechselnden Zustände werden als unterschiedliche Schemamodi bezeichnet. Damit sind Schemata gewissermaßen Eigenschaften oder Traits, die den Modi zugrunde liegen. Schemamodi sind demgegenüber eher schemaassoziierte States oder Zustände, die teilweise sehr wechselhaft sein können. Gerade bei Patienten mit vielen verschiedenen Schemata, in denen entweder wechselnde oder sehr verharrende schemaassoziierte Zustände auftreten, ist es einfacher, auf diese Zustände (Modi) einzugehen, als immer wieder auf Schemata zu rekurrieren.

Das Schema-Modus-Konzept beinhaltet einen störungsübergreifenden Ansatz sowie störungsspezifische Moduskonzepte.

Im *störungsübergreifenden Ansatz* werden vier verschiedene Modus-Kategorien unterschieden:

- (1) **Maladaptive Kindmodi**, die sich entwickeln, wenn in der Kindheit wichtige Bedürfnisse, insbesondere Bindungsbedürfnisse, nicht angemessen erfüllt wurden. Kindmodi sind assoziiert mit intensiven negativen Gefühlen, z. B. große Angst vor Bedrohung oder Verlassenwerden, Hilflosigkeit, Traurigkeit (verletzliche Kindmodi), Wut oder Ärger (wütende Kindmodi).
- (2) **Dysfunktionale Elternmodi** zeigen sich durch Selbstabwertung, Selbsthass oder extremen Druck auf sich selbst. Es wird davon ausgegangen, dass sie internalisierte negative Annahmen über das Selbst reflektieren, die der Patient in Kindheit und Jugend aufgrund des Verhaltens und der Reaktionen anderer Personen (Eltern, Lehrer, Peers) erworben hat.
- (3) **Dysfunktionale Bewältigungsmodi** beschreiben einen übermäßigen Einsatz der Copingstile Vermeidung, Überkompensation oder Unterwerfung.
- (4) Mit dem sogenannten **Modus des gesunden Erwachsenen** werden adäquates emotionales Erleben und funktionales Erleben und Handeln zusammengefasst.

Die wichtigsten Schemamodi sind auf **INFO 4** »Die Modi im Überblick« beschrieben. Weitere Informationen finden Sie in den Kapiteln zu den jeweiligen Modi.

1.4 Fallkonzeptualisierung nach dem Modus-Konzept

Zu Beginn der Behandlung wird ein Fallkonzept erstellt, mit dem die Probleme und Symptome des Patienten, seine interpersonellen Schwierigkeiten, problematischen Emotionen und die dazugehörigen biografischen Informationen systematisch in einem Modus-Konzept zusammengefasst werden.

- ▶ **Wesentliche Probleme und Symptome des Patienten:** An erster Stelle stehen diejenigen Probleme, die den Patienten zur Aufnahme einer Psychotherapie bewegt haben. Dazu gehören Symptome, Beziehungsprobleme, Lebensprobleme etc. Auch die berichteten Zusammenhänge zwischen verschiedenen Symptomen sind relevant. Beispielsweise sind intensive depressive Gefühle oder Angstgefühle häufig dem vulnerablen Kindmodus zuzuordnen. Wenn ein Patient berichtet, Angst und Verzweiflung mit Alkohol oder Internetspielen betäuben zu müssen, so werden die Gefühle von Angst und Verzweiflung dem vulnerablen Kindmodus zugeordnet, während der Gebrauch von Alkohol und Internetspielen zur Selbststimulation einem distanzierend/stimulierenden vermeidenden Bewältigungsmodus zugeordnet werden. Dabei kann es vorkommen, dass dasselbe Symptom bei demselben Patienten je nach Situation verschiedenen Modi zugeordnet wird, oder dass ein Symptom bei verschiedenen Personen zu verschiedenen Modi gehört.
- ▶ **Biografische Informationen:** Als zweite wichtige Informationsquelle dient die Biografie des Patienten. Der Selbstbericht des Patienten muss dabei ergänzt werden um spezifische Exploration. Für die Erklärung von dysfunktionalen Elternmodi wird spezifisch erhoben, mit welchen Personen (Eltern, Geschwistern, Peers, Lehrern, Trainern etc.) negative Erfahrungen gemacht wurden. Neben der Exploration sind Fragebogendaten sowie der Verlauf diagnostischer Imaginationsübungen hilfreich.
- ▶ **Interpersonelle Verhaltensweisen:** Die dritte wichtige Informationsquelle ist das aktuelle Verhalten des Patienten in der therapeutischen Situation. Dabei wird davon ausgegangen, dass die in der Therapiebeziehung gezeigten Muster auch in anderen Beziehungen relevant sind.

1.5 Therapeutische Interventionen

Das übergreifende Ziel in der Schematherapie besteht darin, mit dem Patienten zu erarbeiten, welche Bedürfnisse in seiner Biografie nicht erfüllt wurden, wie dysfunktionale Schemata und Modi sich entwickelt haben, wie diese den Patienten gegenwärtig einschränken, und wie eigene Bedürfnisse aktuell angemessener erfüllt werden können. Dazu wird gemeinsam ein individuelles Modusmodell erarbeitet. In der folgenden Behandlung werden alle auftretenden Probleme oder Symptome in diesem Moduskonzept konzeptualisiert und behandelt. Das heißt, es wird jeweils erarbeitet, welche Modi bei einem bestimmten Problem beteiligt sind, und dann modusspezifisch interveniert. Für jeden Modus-Typ werden damit jeweils spezifische Behandlungsziele verfolgt (Übersicht in Abb. 1.1).

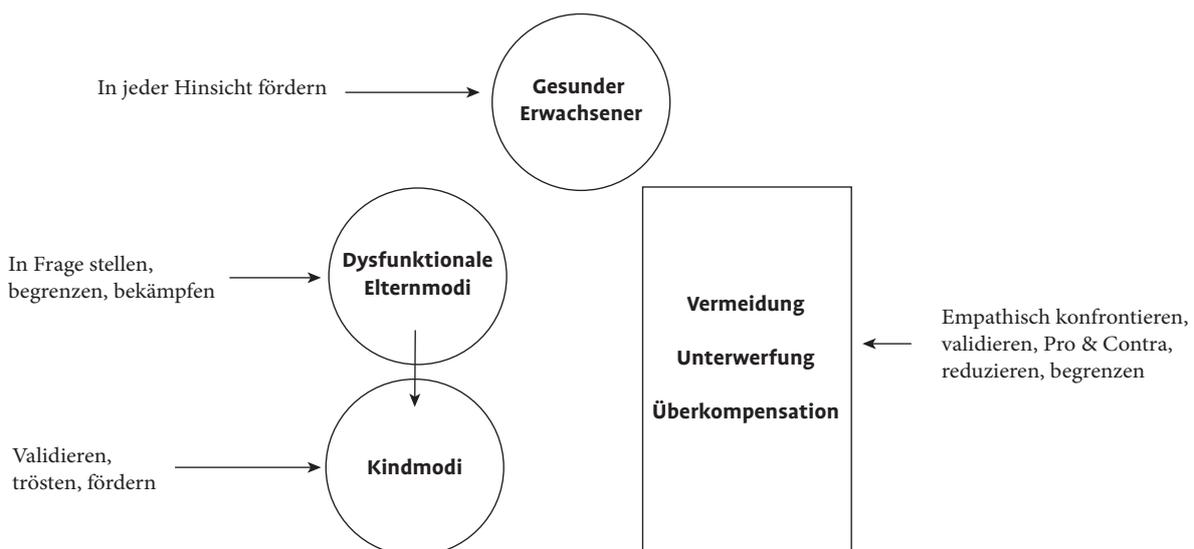


Abbildung 1.1 Interventionen – Übersicht

Um diese Ziele zu erreichen, werden kognitive, emotionsorientierte sowie verhaltensorientierte Interventionen eingesetzt. Darüber hinaus wird die Therapiebeziehung gezielt konzeptualisiert als »begrenzte elterliche Fürsorge« (Limited Reparenting) in Verbindung mit dem Setzen von angemessenen Grenzen. An dieser Stelle werden die therapeutischen Techniken kurz umrissen. Für ausführliche Informationen verweisen wir auf Jacob und Arntz (2011).

Kognitive Techniken. Kognitive Techniken werden zur Psychoedukation des Patienten über seine Schemata und Modi sowie ihre Entstehungsbedingungen eingesetzt. Auch die Informationsvermittlung zu Grundbedürfnissen von Kindern und Emotionen spielt eine wichtige Rolle. Dysfunktionale Überzeugungen des Patienten und ihr biografischer Ursprung werden herausgearbeitet und ins Modusmodell eingeordnet. Danach wird die Gültigkeit von Schemata oder Modi anhand von Pro- und Kontra-Überlegungen überprüft. Schemakongruente Denkfehler werden diskutiert und korrigiert und Vor- und Nachteile von Coping-Strategien erörtert (Übersicht in Abb. 1.2).

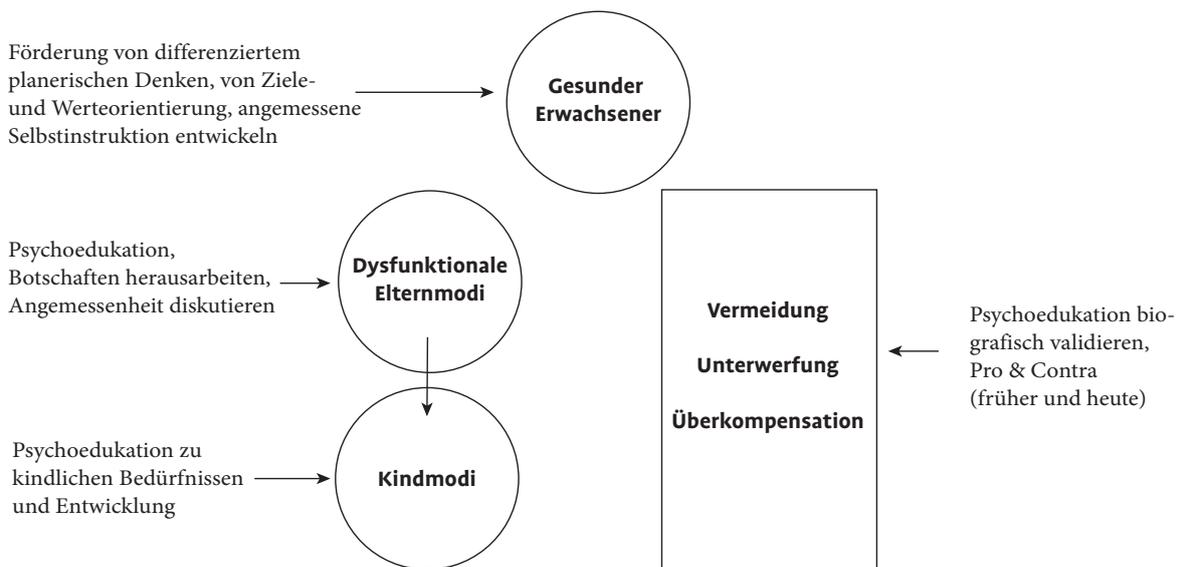


Abbildung 1.2 Kognitive Techniken

Emotionsorientierte Techniken. Im Rahmen emotionsfokussierender Techniken sollen Patienten lernen, Gefühle wie z. B. Traurigkeit und Wut zum Ausdruck zu bringen und so verstärkt Affekte zu erleben, die die Fokussierung auf ihre eigenen Bedürfnisse und Ziele stärken. Die wichtigsten Techniken sind dabei imaginative Verfahren sowie die Arbeit mit Stuhldialogen. Im Rahmen von Imaginationsübungen werden Schemata oder Modi aktiviert, indem aktuelle Emotionen vertieft und mit biografischen Gedächtnisbildern verbunden werden. Die wichtigste Intervention mit Kindheitsimaginationen ist das sogenannte »Imagery Rescripting«, in dem die imaginierte (in der Regel traumatische) Situation so verändert wird, dass die Bedürfnisse des vorher nicht ausreichend versorgten Kindes befriedigt werden. In der Stuhlarbeit werden Dialoge zwischen verschiedenen Modi durchgeführt, wobei diese verschiedenen Seiten auf verschiedenen Stühlen dargestellt werden. Dabei sollen auch die mit diesen Prozessen aktivierten Affekte zum Ausdruck gebracht und geklärt werden (Übersicht in Abb. 1.3).

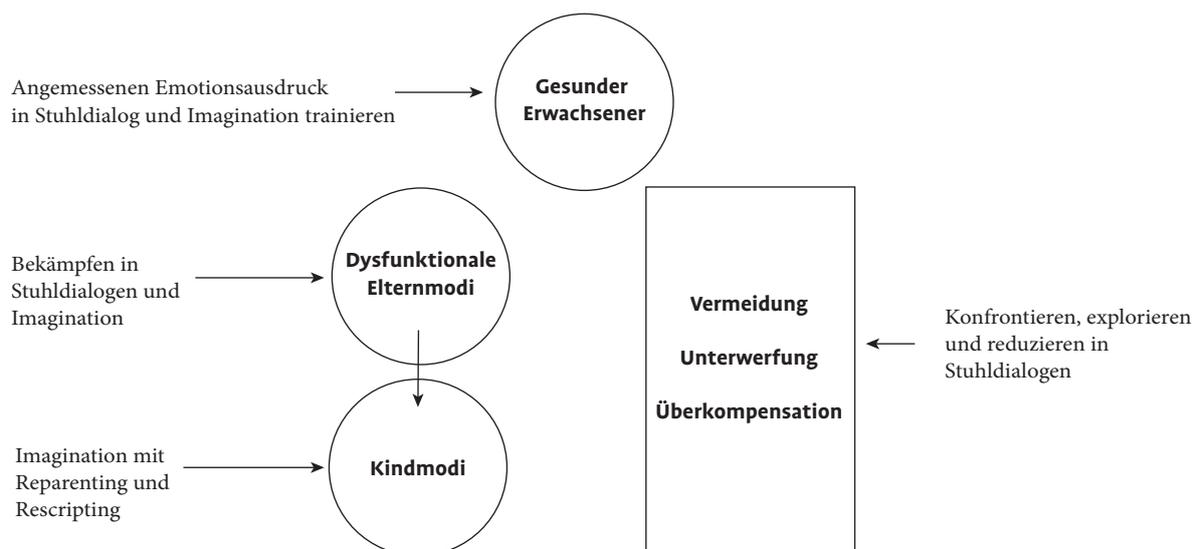


Abbildung 1.3 Emotionsorientierte Techniken

Behaviorale Techniken. Zum Unterbrechen von ungünstigen Verhaltensmustern und zur Arbeit an Symptomen im Sinne von Verhaltensexzessen oder -defiziten werden grundsätzlich alle Techniken der Verhaltenstherapie eingesetzt. Dazu gehören Rollenspiele und Hausaufgaben ebenso wie Expositionsübungen, Verhaltensexperimente, Skills-Training, Aufbau von Aktivitäten oder Entspannungstechniken (Übersicht in Abb. 1.4). Das Hauptziel dabei ist, dass der Patient mehr Zeit im gesunden Erwachsenenmodus verbringt.

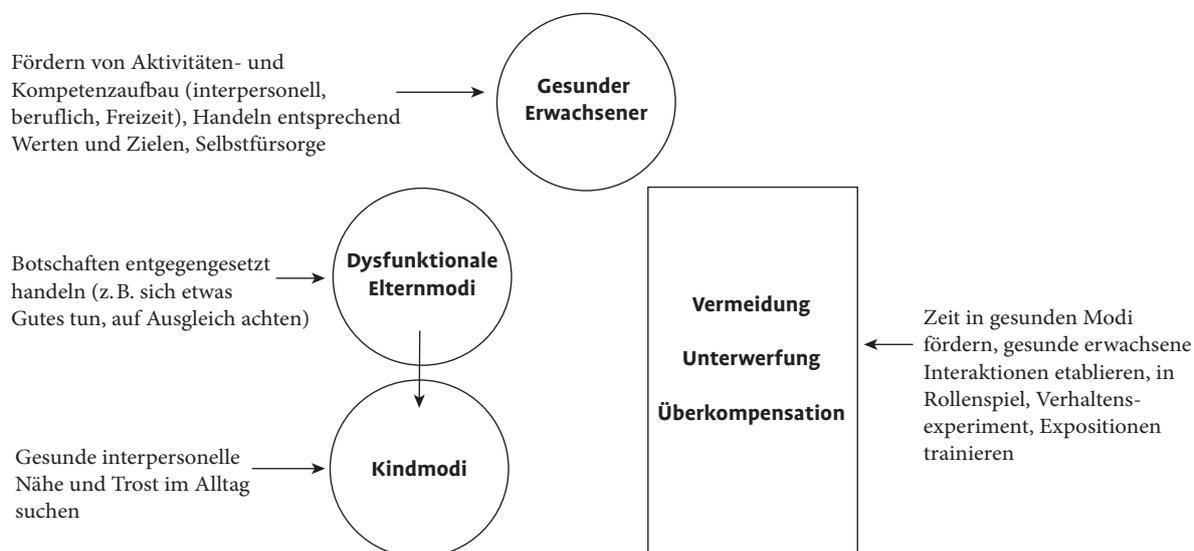


Abbildung 1.4 Behaviorale Techniken

Therapiebeziehung. In der Therapiebeziehung stellt der Therapeut seinen Beziehungsstil gezielt auf die Schemata und Modi des Patienten ein. Mit dem Konzept des Limited Reparenting (begrenzte elterliche Fürsorge) wird beschrieben, dass in der Therapiebeziehung diejenigen Bedürfnisse, die in der Kindheit des Patienten frustriert worden sind, in bestimmten Grenzen erfüllt werden. Dazu gehören einerseits Warmherzigkeit und Fürsorge. Es kann jedoch auch bedeuten, Patienten Grenzen zu setzen oder sie zu autonomerem Verhalten aufzufordern.

Die Therapiebeziehung schafft einen »sicheren Hafen« für den Patienten, stellt aber auch gleichzeitig eine Quelle der Veränderung dar. Eine wichtige Technik dabei ist die sogenannte »empathische Konfrontation«. Das heißt, dass der Therapeut, wenn eine stabile therapeutische Beziehung aufgebaut ist, den Patienten auf freundliche, persönliche, aber sehr klare Weise mit den Konsequenzen seines Verhaltens konfrontiert. Hierbei spricht er seine eigenen Emotionen, die das Verhalten bei ihm auslösen, an. Gleichzeitig betont er, dass die Verhaltensmuster des Patienten auf der Grundlage seiner Biografie nachvollziehbar sind (Übersicht in Abb. 1.5).

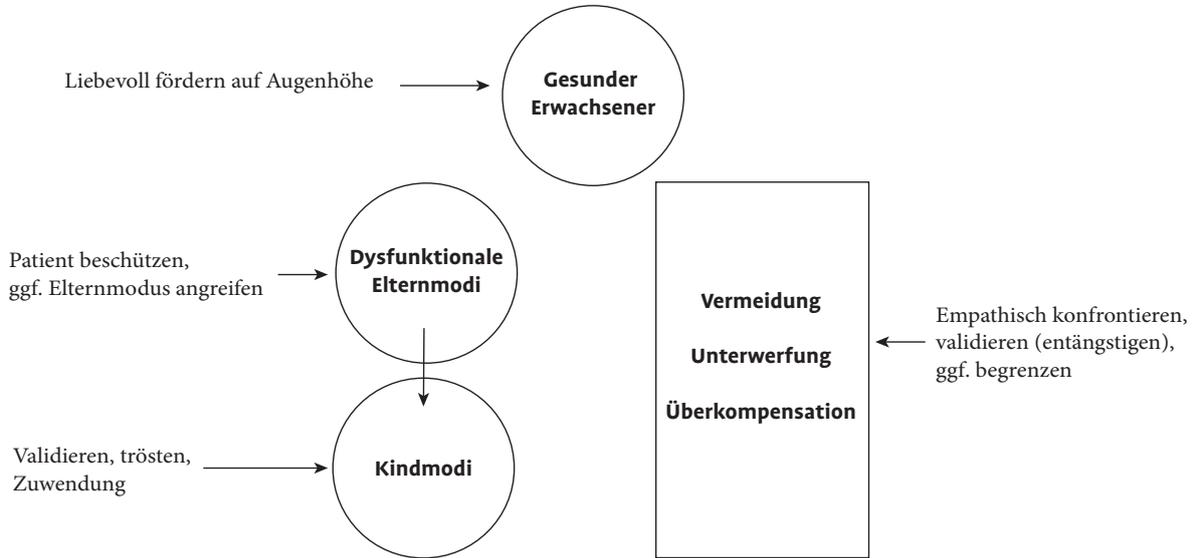


Abbildung 1.5 Therapiebeziehung Limited Reparenting

2 Psychoedukation

Arbeit mit Schemata oder Modi?

In der Schematherapie wird in den letzten Jahren insbesondere bei der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen zunehmend das Modusmodell in den Vordergrund gestellt. Es stellt die häufig sehr komplexen Probleme der Patienten klar dar und wird nach unserer Erfahrung sowohl von Therapeuten als auch von Patienten schnell gut verstanden. Mit dem Modusmodell kann das aktuelle Handeln, Fühlen und Denken unmittelbar eingeordnet und validiert werden, modusspezifische Intervention können transparent abgeleitet werden.

In diesem Therapie-Tools-Band wird deshalb wie im Therapeuten- und Patientenbuch unseres Autorentams (Jacob & Arntz, 2015; Jacob et al., 2011) mit dem Modusmodell gearbeitet. Die Kenntnis der zugrunde liegenden Schemata ist insbesondere für Therapeuten hilfreich, für Patienten mit komplexen Problemen und mehreren Schemata und Modi kann es jedoch verwirrend sein. Da das Arbeitsgedächtnis des Menschen auf ca. sieben Einheiten beschränkt ist, ist auch eine Beschränkung des Modusmodells auf vier bis sieben problematische Modi sinnvoll.

Schematherapie ist eine störungsübergreifende Methode

Das Modusmodell ist als eine transdiagnostische Methode zu verstehen, in die grundsätzlich jegliches psychopathologische Problem, aber auch gesundes Verhalten, Denken und Fühlen eingeordnet werden kann. Für die meisten Persönlichkeitsstörungen wurden mittlerweile störungsspezifische Modusmodelle entwickelt und empirisch getestet (Lobbestael et al., 2008, 2010; Bamelis et al., 2011). In den störungsspezifischen Modusmodellen werden die Modi zusammengefasst, die bei Patienten mit dieser Erkrankung typischerweise gefunden werden. Dabei sind die Modelle grundsätzlich als grobes Gerüst zu verstehen. Aufgrund der Komplexität und der hohen Komorbidität ist es häufig sinnvoll, das störungsspezifische Modusmodell im individuellen Fall zu erweitern oder zu ergänzen.

Zu Achse-I-Störungen bestehen bisher keine empirisch getesteten störungsspezifischen Modusmodelle. Es ist Aufgabe des Therapeuten, das Modusmodell individuell anzupassen.

Erstellung eines individuellen Modusmodells

Es ist in jedem Fall immer notwendig, auch bei störungsspezifischen Therapien, das Modusmodell individuell mit dem Patienten zu erstellen, um seiner individuellen Problematik und Geschichte gerecht zu werden. Empfehlenswert ist zudem auch bei jeder schematherapeutischen Behandlung eine ausführliche strukturierte Diagnostik beispielsweise mit SKID-I und II (Fydrich et al., 1997; Wittchen et al., 1997), um alle wichtigen Symptome zu erfassen und gemeinsam mit dem Patienten im Modusmodell einzuordnen. Entscheidend für die Therapieplanung ist, dass zu Beginn der Behandlung das Modusmodell sowohl für den Patienten als auch für den Therapeuten in überzeugender Weise die wesentlichen Probleme des Patienten abbildet. Je besser der Patient seine individuelle Problematik und die jeweiligen Modi verstanden hat, umso sicherer wird er im weiteren Therapieverlauf seine Modi erkennen und umso mehr Akzeptanz und Bereitschaft wird von seiner Seite vorhanden sein, diese ggf. zu verändern.

Arbeits- und Informationsmaterial

In diesem Kapitel finden sich allgemeine Arbeitsmaterialien zur Psychoedukation sowie störungsspezifisches Informationsmaterial für die meisten Persönlichkeitsstörungen.

Allgemeine Materialien zur Psychoedukation

INFO 1 Was ist Schematherapie?

Dies ist eine allgemeine Einführung, in der die grundsätzlichen Prinzipien der Schematherapie für Patienten verständlich erklärt werden. Das Informationsblatt kann zu Beginn der Behandlung eingesetzt werden, damit Patienten wissen, was auf sie zukommt. Das schafft Transparenz und Sicherheit.

INFO 2 Ziele der Schematherapie

Dieses Informationsblatt fasst die wesentlichen Ziele der Schematherapie mit Bezug auf die verschiedenen Modi zusammen. Es kann während der gesamten Therapie als Wegweiser dienen und wiederholt eingesetzt werden.

INFO 3 Die Schemata im Überblick

INFO 4 Die Modi im Überblick

Diese Informationsblätter geben einen Überblick über alle Schemata und Modi. Sie sind vor allem für Therapeuten gedacht und fassen den theoretischen Hintergrund knapp zusammen. Nach Einschätzung des Therapeuten können Informationen für den Patienten herausgenommen werden.

INFO 5 Allgemeines Entstehungsmodell zu Schemata und Modi

Dieses Informationsblatt stellt ein allgemeines Entstehungsmodell zu dysfunktionalen Schemata und Modi vor. Es bietet sich vor allem für Patienten mit Achse-I-Störung an, für die keines der störungsspezifischen Entstehungsmodelle zu den Persönlichkeitsstörungen passend ist.

AB 1 Mein Modus-Modell

Dieses Arbeitsblatt bietet eine Vorlage zur Erarbeitung eines individuellen Modusmodells. Hiermit können gemeinsam mit dem Patienten die wichtigsten Symptome den Modi zugeordnet und der biografische Zusammenhang dargestellt werden. Das Modusmodell dient während der gesamten Therapie als Landkarte und wird immer wieder eingesetzt, um die aktuellen Modi einzuordnen. Dazu sollen die Symptome in die Formen für den jeweiligen Modus eingetragen und der dazugehörige biografische Hintergrund nach Möglichkeit mit Pfeilen vermerkt werden. Es empfiehlt sich deshalb, es während der Sitzungen immer vorliegen zu haben. Sowohl Patient als auch Therapeut sollten ein Exemplar besitzen. Bei neuen Symptomen oder Informationen kann das Modusmodell im Verlauf ergänzt werden. In den störungsspezifischen Materialien sind viele Fallkonzeptualisierungen beispielhaft dargestellt.

Störungsspezifische Materialien zur Psychoedukation

Für jede Persönlichkeitsstörung liegt ausführliches Informationsmaterial vor. Diese umfasst drei Informationsblätter (zur typischen Symptomatik, zu den wichtigsten Modi und zum Entstehungsmodell) und ein Fallbeispiel, an dem die Patienten die Identifikation der Modi üben können. Zur Überprüfung und Hilfestellung gibt es zu jedem Fallbeispiel eine passende Fallkonzeptualisierung.

INFO Die wichtigsten Symptome der jeweiligen Persönlichkeitsstörung

In den Informationsblättern zur Symptomatik werden für jede Persönlichkeitsstörung neben den DSM-IV-Symptomen weitere typische Symptome aufgeführt, um die Störung noch besser zu umschreiben. Dies ist insbesondere bei der narzisstischen Persönlichkeitsstörung wichtig, da sich die DSM-IV-Symptome hier ausschließlich auf den Modus der Selbstüberhöhung beziehen und nur die »unsympathischen Aspekte« der Persönlichkeitsstörung einschließen. Patienten verneinen diese Symptome meist und fühlen sich vor den Kopf gestoßen, was zu Commitment-Problemen führt. Das Aufgreifen und Validieren der verletzlichen Seiten soll einen besseren Zugang zu diesen schwer zu behandelnden Patienten ermöglichen. Gleichzeitig hilft diese Herangehensweise auch dem Therapeuten, ein besseres Verständnis für die äußerst belasteten Patienten zu entwickeln und Empathie auch in schwierigen Interaktionssituationen aufrechtzuerhalten.

INFO Die wichtigsten Modi der jeweiligen Persönlichkeitsstörung

Hier werden die Modi, die am häufigsten bei Patienten mit dieser Persönlichkeitsstörung gefunden werden, störungsspezifisch erklärt. Dazu werden die typischen Symptome denjenigen Modi zugeordnet, in denen sie am häufigsten auftreten. Es ist zu beachten, dass manchmal Symptome auch in verschiedenen Modi auftreten können, daher ist die Erörterung der individuellen Lerngeschichte und des Kontextes von Problemverhalten immer wichtig für die Einordnung in das Modusmodell. Wenn Patienten das Modusmodell gut verstanden haben, können sie meist selbst ihre Symptome zuordnen. Zusätzlich muss immer beachtet werden, dass neben den aufgeführten störungsspezifischen Modi noch weitere Modi auftreten können.

INFO Das Entstehungsmodell der jeweiligen Persönlichkeitsstörung

In diesem Informationsblatt werden die für die Ätiologie verantwortlichen Faktoren, soweit sie klar sind, für Patienten verständlich dargestellt, um die individuelle Problematik zu erklären und zu validieren. Erst wenn Patient und Therapeut das Störungsmodell gut verstanden haben, ist ein Übergang zur Veränderung möglich. An dieser Stelle eignet sich eine Psychoedukation zu den Grundbedürfnissen von Kindern, um zu überprüfen, inwieweit diese bei dem Patienten erfüllt wurden. Entsprechende Arbeitsmaterialien finden sich im Kapitel zu den problematischen Kindmodi (Kap. 5).

AB Jeweilige Persönlichkeitsstörung: Achtsamkeit für Modi trainieren

In diesem Arbeitsblatt werden typische Fallbeispiele zu jeder Persönlichkeitsstörung vorgestellt. Patienten können daran üben, Modi zu identifizieren. Das verbessert ihre Fertigkeiten, die Modi auch bei sich selbst zu erkennen. In die Fallbeispiele sind lebensgeschichtliche Informationen integriert, damit auch die Herkunft der Modi besprochen und in der Folge am Fall des Patienten reflektiert werden kann. Patienten erleben es meist als Entlastung, dass andere Menschen ähnliche Probleme haben und dass es dafür Erklärungen gibt. Dies ist einer der großen Vorteile von gruppentherapeutischen Behandlungskonzepten. Mit den Fallbeispielen lässt sich dieser Effekt ein wenig in die einzeltherapeutische Behandlung transportieren. Selbstverständlich lassen sich diese Materialien sowohl in der Gruppe als auch in der Einzeltherapie einsetzen.

Was ist Schematherapie?

Die Schematherapie nach Jeffrey Young ist eine Methode der Verhaltenstherapie, die v. a. für die Behandlung von Patienten mit komplexen psychischen Problemen entwickelt wurde.

Schematherapie bezieht sich dabei nicht nur auf aktuelle Probleme, sondern auch auf deren Entstehungsgeschichte, die überwiegend in der Kindheit und Jugend zu finden ist.

Was ist ein Schema?

Jeder Mensch entwickelt in seiner Kindheit Konzepte (Schemata) von sich selbst, von anderen und von der Welt. Diese Schemata sind die Grundlage dafür, wie er später mit den verschiedenen Situationen im Erwachsenenleben umgeht. Ein Schema ist demnach ein meist in der Kindheit entwickeltes festes Muster aus zusammengehörigen Erinnerungen, Gefühlen und Gedanken. Wenn die Grundbedürfnisse von Kindern (z. B. Sicherheit, Liebe, Akzeptanz oder Freiheit, sich auszudrücken) erfüllt werden, entstehen gesunde Schemata und Kinder können positive Bilder von sich, anderen und der Welt als Ganzes entwickeln. Manche Menschen erfahren jedoch während ihrer Kindheit keine Unterstützung und Sicherheit, sondern werden emotional vernachlässigt. Dadurch ist es ihnen nicht möglich, gesunde Konzepte über sich selbst und ihre Umwelt zu lernen. Dann entstehen in Wechselwirkung mit biologischen Faktoren (Temperament und Veranlagung des Kindes) dysfunktionale (problematische) Schemata. Wenn traumatische Erfahrungen wie der Verlust eines Elternteils oder emotionaler, körperlicher oder sexueller Missbrauch hinzukommen, ist die Wahrscheinlichkeit für die Entstehung dysfunktionaler Schemata noch größer.

Was sind dysfunktionale Bewältigungsstrategien?

Bewältigungsstrategien sind Mechanismen für den Umgang mit den durch die Schemata ausgelösten unangenehmen Emotionen. Es gibt drei Methoden, mit diesen Emotionen umzugehen: Erstarren, Fliehen oder Kämpfen. Das lässt sich zum Beispiel auch bei Angst und Bedrohung im Tierreich beobachten. Werden bei Menschen Schemata aktiviert, so reagieren sie mit einer dieser Methoden:

- ▶ Unterwerfung (Erstarren, schemabestätigendes Verhalten)
- ▶ Vermeidung (Flucht, schemavermeidendes Verhalten)
- ▶ Überkompensation (Kampf, dem Schema entgegengesetztes Verhalten)

Was ist ein Modus?

Bei Patienten mit chronischen psychischen Problemen sind häufig so viele Schemata und Bewältigungsstrategien gleichzeitig aktiviert, dass es weder für Patienten noch für Therapeuten möglich ist, den Überblick zu behalten. Um dieses Problem zu lösen, wurde das Modus-Modell entwickelt. Ein Modus ist ein bestimmtes Verhaltenssteuerungsprogramm, das maßgeblich das Fühlen, Denken und Handeln in der aktuellen Situation beeinflusst. Man kann sich den Modus ähnlich wie eine DVD vorstellen: Wenn eine DVD in den DVD-Player eingelegt wird, erscheint auf dem Bildschirm eine bestimmte vorgegebene Abfolge von Bildern und Musik. Übertragen gesehen wird das Einlegen der jeweiligen »Modus-DVD« durch bestimmte Umgebungsbedingungen oder Gedanken ausgelöst (die »emotionalen Knöpfe«). Ist die »Modus-DVD« dann eingelegt, werden alle Informationen im Sinne des Modus ausgewertet, ein für den Modus typisches Muster an Gefühlen, Gedanken, Körperreaktionen und Verhalten wird vorgegeben.

Jeder Mensch hat verschiedene gesunde und maladaptive Modi. Zu jedem Zeitpunkt sind einige dieser Modi inaktiv, während der vorherrschende, aktive Modus (»die eingelegte DVD«) unsere Sicht auf uns selbst und die Umwelt, unsere Stimmungslage und unser Handeln bestimmt, ohne dabei vollständig bewusst zu sein. Jeder Mensch kann lernen, zu erkennen, welche »Modus-DVD« er gerade

Was ist Schematherapie?

ingelegt hat. Dies ist sehr hilfreich, um das eigene Handeln, Fühlen und Denken zu verstehen und gegebenenfalls schrittweise zu verändern, wenn es zu Schwierigkeiten führt («die DVD wechseln»).

Schemata sind überdauernd und sehr rigide, wohingegen Modi sehr schnell wechseln können und den emotionalen Zustand im Hier und Jetzt betreffen.

Es gibt vier Gruppen von Modi: Kindmodi, Elternmodi, Bewältigungsmodi und gesunde Modi.

Kindmodi. In den kindlichen Modi werden Menschen von ihren Gefühlen überflutet und fühlen sich diesen ausgeliefert. Sie fühlen sich dabei z. B. sehr traurig, verlassen und hilflos oder sehr wütend und handeln impulsiv.

Elternmodi. In den Elternmodi gehen Menschen sehr hart mit sich ins Gericht. Sie sind selbstabwertend, fordern viel Leistung und bestrafen sich für kleinste Fehler.

Bewältigungsmodi. In den Bewältigungsmodi versuchen Menschen mit den emotionalen Schmerzen, die durch die kindlichen und Elternmodi ausgelöst werden, umzugehen. Hierzu werden die oben beschriebenen Bewältigungsstrategien angewendet.

Gesunde Modi. In den gesunden Modi können Menschen mit intensiven Emotionen umgehen, Probleme lösen und gesunde Beziehungen zu anderen Menschen gestalten. Sie sind sich ihrer Bedürfnisse, Möglichkeiten und Grenzen bewusst und handeln entsprechend ihrer Werte und Ziele.

Ihr Therapeut wird die für Sie relevanten Modi mit Ihnen besprechen und Ihnen entsprechende Arbeitsmaterialien aushändigen.

Ziele der Schematherapie

Der Therapeut hat in der Schematherapie das Ziel und die Aufgabe, die kindlichen Modi zu versorgen und zu trösten, sodass die frustrierten Bedürfnisse im Hier und Jetzt erfüllt werden und neue gesündere Schemata erlernt werden können. Gleichzeitig müssen dazu die Elternmodi bekämpft und reduziert werden. Die Bewältigungsstrategien sollen hinterfragt und ggf. durch gesündere Strategien ersetzt werden. Das allerwichtigste Ziel ist es, den Modus des gesunden Erwachsenen so zu stärken, dass der Patient selbst mehr und mehr diese Aufgaben übernehmen kann. Auf Informationsblatt 2 sind diese Ziele in Bezug auf das Modusmodell veranschaulicht.

Woraus besteht die Therapie?

Die Therapie nutzt verschiedene Methoden und Übungen, um diese Ziele zu erreichen. Dabei ist die therapeutische Beziehung von essentieller Bedeutung. Die therapeutischen Techniken setzen über drei Zugangswege an:

- ▶ über das Denken (**kognitive Techniken**),
- ▶ über das Fühlen (**emotionsorientierte Techniken**) und
- ▶ über das Handeln (**verhaltensbezogene Techniken**).

Beziehung zum Therapeuten

Die Schaffung einer sicheren therapeutischen Beziehung ist ein zentraler Punkt in der Schematherapie. Im Rahmen der begrenzten elterlichen Fürsorge erfüllt der Therapeut in einem begrenzten Ausmaß die in der Kindheit nicht erfüllten Bedürfnisse des Patienten. Der Therapeut hilft dem Patienten, Dinge zu erlernen, die er in seiner Kindheit nicht lernen konnte. Er unterstützt den Patienten, anstatt ihn zu kritisieren oder zu bestrafen, sodass der Patient neue emotionale Reaktionen erlernen kann.

Was ist Schematherapie?

Kognitive Techniken. Kognitive Techniken beschäftigen sich mit Gedanken und Vorstellungen über sich selbst, andere Menschen und die Welt. Sie werden eingesetzt, um die Gültigkeit von Schemata oder Modi zu überprüfen. Zu den kognitiven Techniken gehören: Wissensvermittlung zu den Schemata und Modi, zu den Grundbedürfnissen von Kindern und zu Emotionen, Pro- und Kontra-Überlegungen zu bestimmten wichtigen Gedankengängen oder Handlungsmustern, das Führen von Modus-Tagebüchern, die Analyse des Zusammenspiels verschiedener Modi in schwierigen Situationen, das Erstellen von Selbstinstruktionskarten (Karten mit hilfreichen Alternativüberlegungen, die die Aussagen dysfunktionaler Modi relativieren) oder das Führen eines Ereignis-Tagebuchs.

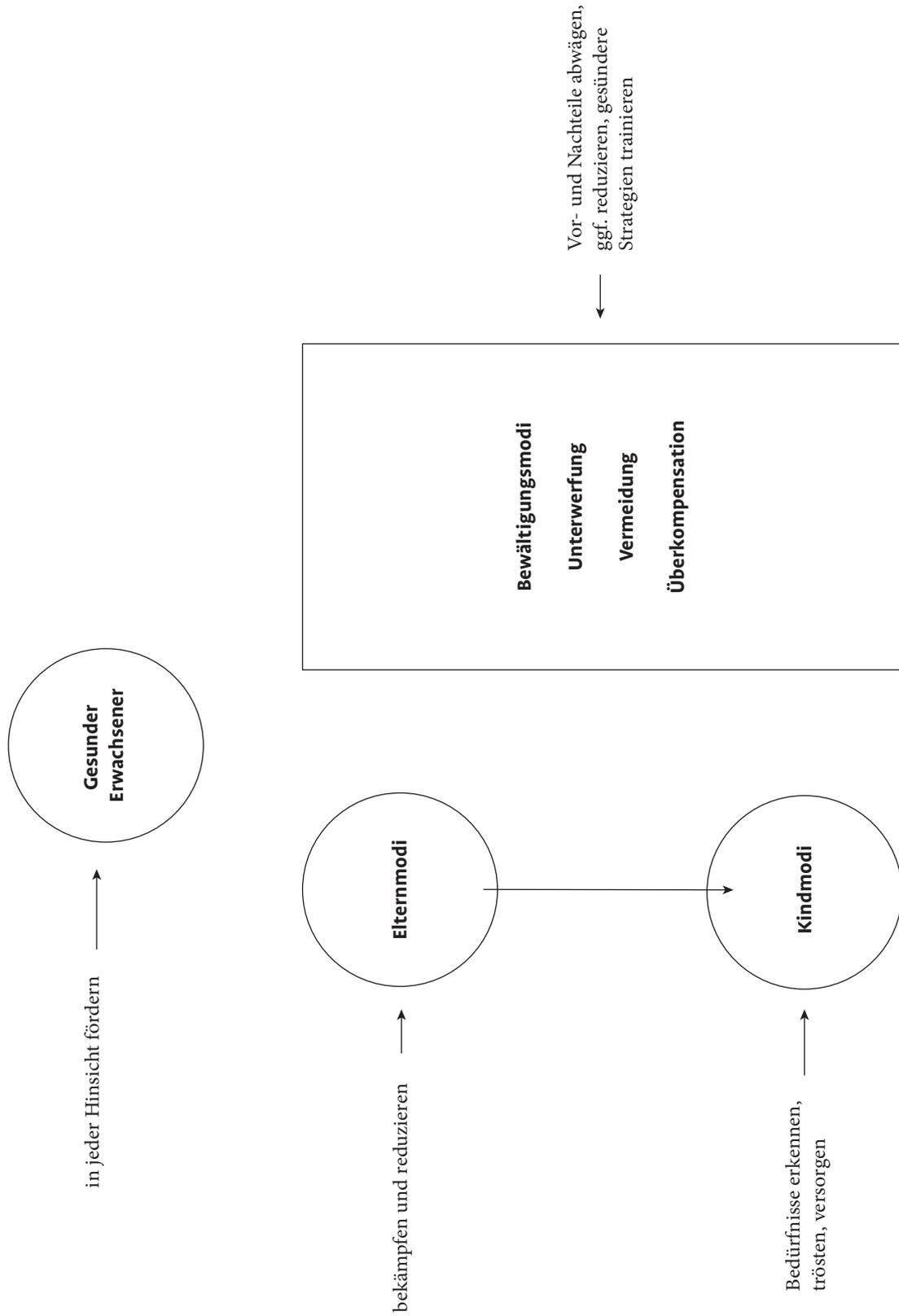
Emotionsorientierte Techniken. Emotionsorientierte Techniken sind Techniken, die sich direkt auf Emotionen beziehen. Bei den meisten Patienten wurde in der Kindheit der Ausdruck von Gefühlen oder Bedürfnissen unterdrückt, bestraft oder nicht beachtet. Daraus resultieren im Erwachsenenleben vielfältige Probleme im Umgang mit Gefühlen. Ein wichtiges Thema der Therapie ist deshalb die Entwicklung eines neuen Umgangs mit Emotionen und Bedürfnissen. Die wichtigsten emotionsorientierten Techniken sind imaginative Verfahren und sogenannte »Stuhldialoge«. Bei Imaginationsübungen bittet der Therapeut den Patienten, die Augen, wenn möglich, zu schließen und sich eine bestimmte Situation vorzustellen (z. B. einen sicheren Ort oder eine Situation in der Vergangenheit). Da ein möglichst intensiver Kontakt zu den Emotionen gewünscht ist, wird der Patient bei Imaginationsübungen gebeten, möglichst in Ich- und Gegenwarts-Form zu berichten. Beim »Imagery Rescripting« unterstützt der Therapeut den Patienten, unangenehme Kindheitserinnerungen in der Weise zu verändern, dass der Patient als Kind sicher ist (z. B. durch Stoppen von problematischen Verhaltensweisen anderer) und seine Bedürfnisse ausreichend versorgt werden. Auf diese Weise kann der Patient die Erfahrung machen, dass seine Emotionen und Bedürfnisse normal waren, nicht aber das Verhalten seines Umfeldes. Bei den Stuhldialogen werden Dialoge zwischen verschiedenen Modi oder zwischen einem Schema und einer gesunden Sichtweise durchgeführt. Diese verschiedenen Seiten werden auf verschiedenen Stühlen dargestellt.

Verhaltensbezogene Techniken. Nicht nur Emotionen und Gedanken sind Gegenstand der Therapie, sondern auch das Verhalten. Verhaltensbezogene Techniken sind Übungen, mit denen neues Verhalten erprobt wird. Hierzu gehören beispielsweise das Üben von neuen Verhaltensweisen, Rollenspiele oder der Aufbau von Aktivitäten.

Was Sie von der Schematherapie erwarten können

Eine Kombination der beschriebenen Techniken führt zu einer Stärkung des gesunden Erwachsenenmodus mit dem Ziel, dass Sie Ihr Leben entsprechend der eigenen Ziele und Werte gestalten können und Kompetenz im Umgang mit anderen Menschen und sich selbst (eigene Bedürfnisse, Emotionen, Möglichkeiten und Grenzen) erlangen.

Ziele der Schematherapie



Die Schemata im Überblick

Auf diesem Arbeitsblatt werden die 18 Schemata, wie sie von Young et al. (2008) beschrieben und zusammengefasst wurden, kurz dargestellt. Die 18 Schemata werden in fünf Gruppen (Schemadomänen) unterteilt, die jeweils kurz vorgestellt werden, bevor die Schemata beschrieben werden. Jede Schemadomäne wird mit der Nichterfüllung bestimmter Grundbedürfnisse in der Kindheit in Verbindung gebracht.

Schemadomäne I: Fehlende Sicherheit und Zurückweisung

Schemata dieser Domäne entstehen, wenn die Bedürfnisse nach Sicherheit, Geborgenheit, Bindung und Schutz in der Kindheit nicht angemessen erfüllt wurden.

- (1) Verlassenheit/Instabilität:** Menschen mit diesem Schema sind davon überzeugt, dass wichtige Beziehungen niemals halten werden, und sind dementsprechend ständig mit der Angst konfrontiert, von anderen verlassen oder im Stich gelassen zu werden. Sie fühlen sich einsam und verlassen, ohne jemanden, der ihnen verlässlich Schutz, emotionale Unterstützung, Verbundenheit oder Wärme geben kann. Menschen mit diesem Schema berichten aus ihrer Kindheit Erfahrungen von Verlassenwerden, etwa Verlassen der Familie durch ein Elternteil, früher Tod wichtiger Bezugspersonen oder häufiges Alleinsein.
- (2) Misstrauen/Missbrauch:** Menschen mit diesem Schema haben die Erwartung, von anderen ausgenutzt, missbraucht, schlecht behandelt, belogen oder gedemütigt zu werden. Sie haben dementsprechend sehr große Schwierigkeiten, Vertrauen zu anderen Menschen aufzubauen. Betroffene sind anderen gegenüber dauernd auf der Hut, weil sie befürchten, von ihnen absichtlich verletzt oder missbraucht zu werden. Biografischer Hintergrund sind in der Regel Missbrauchserfahrungen verschiedener Art (z. B. wurden sie belogen, betrogen, verletzt, missbraucht oder manipuliert).
- (3) Emotionale Entbehrung:** Menschen mit diesem Schema haben die Erwartung, dass ihre emotionalen Bedürfnisse von anderen Menschen gar nicht oder nur unzureichend erfüllt werden können. Diese Bedürfnisse sind Unterstützung, Aufmerksamkeit, Zuneigung, Verständnis, Mitgefühl oder Wärme, Anleitung, Hilfestellung und Schutz. Sie haben in ihrem Leben nur selten das Gefühl erlebt, dass sich jemand gut und liebevoll um sie kümmert oder dass sie geborgen, aufgehoben und geliebt sind. Meist gab es in der Kindheit kaum körperliche Zuwendung, Liebe war an Bedingungen geknüpft. Dieses Schema führt zu intensiven Gefühlen von Einsamkeit und Unverständnis.
- (4) Unzulänglichkeit/Scham:** Dieses Schema beschreibt das Gefühl, unzulänglich, schlecht, minderwertig oder unerwünscht zu sein. Die Betroffenen haben das Gefühl, dass sie es niemals wert sein werden, von anderen Liebe, Aufmerksamkeit oder Respekt zu erhalten, egal wie sehr sie sich bemühen. Sie haben ein Gefühl tiefer Scham für die eigene Person. In der Kindheit wurde das Bedürfnis nach Anerkennung, Lob und Akzeptanz nicht ausreichend erfüllt. Eltern waren häufig übermäßig kritisch, stellten die Betroffenen als Kinder bloß und werteten sie für das Äußern von Bedürfnissen oder Gefühlen ab.
- (5) Soziale Isolierung/Entfremdung:** Dieses Schema beschreibt das Gefühl, vom Rest der Welt abgeschnitten zu sein, nicht dazu zu gehören oder tiefgehend »anders« zu sein als alle anderen Menschen. Betroffene fühlen sich in Gruppen nicht zugehörig, selbst wenn sie möglicherweise von außen betrachtet unauffällig und integriert sind. Die Betroffenen berichten von Isolationserleben in ihrer Kindheit.