



Zens • Jacob

# Schwierige Situationen in der Schematherapie



E-BOOK INSIDE

**BELTZ**

Zens • Jacob

## **Schwierige Situationen in der Schematherapie**



Christine Zens • Gitta Jacob

# Schwierige Situationen in der Schematherapie

| Mit E-Book inside

**BELTZ**

*Anschriften der Autorinnen:*

Dipl.-Psych. Christine Zens  
Institut für Schematherapie Hamburg  
Psychotherapeutische Praxis  
Harvestehuder Weg 98  
20149 Hamburg  
E-Mail: christine.zens@hamburg.de

PD Dr. Gitta Jacob  
GAIA AG  
Gertigstraße 12–14  
22303 Hamburg  
E-Mail: gitta.jacob@gaia-group.com

E-Book ISBN 978-3-621-28174-4

Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52 a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne eine solche Einwilligung eingescannt und in ein Netzwerk eingestellt werden. Dies gilt auch für Intranets von Schulen und sonstigen Bildungseinrichtungen.

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.

1. Auflage 2014

© Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2014  
Programm PVU Psychologie Verlags Union  
<http://www.beltz.de>

Lektorat: Dr. Svenja Wahl  
Herstellung: Sonja Frank  
Reihengestaltung: Federico Luci, Odenthal  
Umschlagbild: Getty Images, München  
Satz: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza  
Gesamtherstellung: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza

Printed in Germany

ISBN 978-3-621-28100-3

# Inhaltsübersicht

Vorwort	11
Einführung in die Schematherapie	14
<b>Teil I Schwierige Situationen mit dysfunktionalen Bewältigungsmodi: Vermeidung</b>	31
1 Basics für die Bearbeitung von Vermeidungsmodi	32
2 Der Patient vermeidet hartnäckig durch Schweigen oder »Ich weiß nicht!«	35
3 Der Patient zeigt suchtartige Verhaltensweisen	49
4 Die Patientin klagt oder schimpft unentwegt	63
5 Suizidalität oder selbstschädigendes Verhalten als vermeintlicher Ausweg	76
<b>Teil II Schwierige Situationen mit dysfunktionalen Bewältigungsmodi: Unterwerfung</b>	89
6 Basics für die Bearbeitung von Erduldungs- bzw. Unterwerfungsmodi	90
7 Die Patientin kümmert sich zu viel um andere	93
<b>Teil III Schwierige Situationen mit dysfunktionalen Bewältigungsmodi: Überkompensation</b>	105
8 Basics für die Bearbeitung von Überkompensationsmodi	106
9 Der Patient verhält sich herablassend, arrogant oder entwertend	109
10 Der Patient verhält sich aggressiv, betrügerisch oder kriminell	121
11 Der Patient zeigt kontrollierendes Verhalten, z. B. in Form von Logorrhoe	130
12 Der Patient bindet die Therapeutin narzisstisch ein (Kollusion)	141
<b>Teil IV Schwierige Situationen mit Kindmodi: Vulnerabilität</b>	151
13 Basics für die Bearbeitung von verletzbaaren Kindmodi	152
14 Die Patientin ist extrem verletzlich und/oder bricht plötzlich in Tränen aus	156
15 Die Patientin ist stark dependent und auf den Therapeuten fixiert	167

<b>Teil V</b>	<b>Schwierige Situationen mit Kindmodi: Ärger und Wut</b>	181
<b>16</b>	Basics für die Bearbeitung von ärgerlichen oder wütenden Kindmodi	182
<b>17</b>	Die Patientin ist sehr wütend und/oder schreit den Therapeuten an	186
<b>Teil VI</b>	<b>Schwierige Situationen mit Kindmodi: Impulsivität, Undiszipliniertheit, Trotz</b>	201
<b>18</b>	Basics für die Bearbeitung von impulsiven, undisziplinierten oder trotzigem Kindmodi	202
<b>19</b>	Die Patientin ist trotzig	205
<b>20</b>	Der Patient macht keine Fortschritte, weil ihm vieles zu anstrengend ist	216
<b>Teil VII</b>	<b>Schwierige Situationen mit dysfunktionalen Elternmodi</b>	227
<b>21</b>	Basics für die Bearbeitung von strafenden und fordernden Elternmodi	228
<b>22</b>	Die Patientin fordert sich extrem und kann sich davon nicht distanzieren	233
<b>23</b>	Der Patient reagiert panisch auf emotionsorientierte Übungen oder »Der Elternmodus schlägt zurück«	245
<b>Teil VIII</b>	<b>Schwierige Therapiesituationen und Anteile des Therapeuten</b>	259
<b>24</b>	Basics für den Einsatz der Schematherapie in Selbsterfahrung und Supervision	260
<b>25</b>	Typische Muster von Therapeuten	263
	Literaturverzeichnis	277
	Sachwortverzeichnis	279

# Inhalt

<b>Vorwort</b>	11
<b>Einführung in die Schematherapie</b>	14
Zentrale Konzepte der Schematherapie	14
Diagnostik und Indikation	22
Therapeutisches Vorgehen	23
<b>Teil I Schwierige Situationen mit dysfunktionalen Bewältigungsmodi: Vermeidung</b>	31
<b>1 Basics für die Bearbeitung von Vermeidungsmodi</b>	32
<b>2 Der Patient vermeidet hartnäckig durch Schweigen oder »Ich weiß nicht!«</b>	35
2.1 Welcher Modus ist in diesen Situationen zentral?	37
2.2 Ziele und Strategien im Umgang mit der Situation	40
2.3 Konkrete Lösungsvorschläge	44
<b>3 Der Patient zeigt suchtartige Verhaltensweisen</b>	49
3.1 Welcher Modus ist in diesen Situationen zentral?	51
3.2 Ziele und Strategien im Umgang mit der Situation	55
3.3 Konkrete Lösungsvorschläge	58
<b>4 Die Patientin klagt oder schimpft unentwegt</b>	63
4.1 Welcher Modus ist in diesen Situationen zentral?	65
4.2 Ziele und Strategien im Umgang mit der Situation	68
4.3 Konkrete Lösungsvorschläge	71
<b>5 Suizidalität oder selbstschädigendes Verhalten als vermeintlicher Ausweg</b>	76
5.1 Welcher Modus ist in diesen Situationen zentral?	77
5.2 Ziele und Strategien im Umgang mit der Situation	79
5.3 Konkrete Lösungsvorschläge	83

<b>Teil II</b>	<b>Schwierige Situationen mit dysfunktionalen Bewältigungsmodi: Unterwerfung</b>	89
<b>6</b>	<b>Basics für die Bearbeitung von Erduldungs- bzw. Unterwerfungsmodi</b>	90
<b>7</b>	<b>Die Patientin kümmert sich zu viel um andere</b>	93
7.1	Welcher Modus ist in diesen Situationen zentral?	94
7.2	Ziele und Strategien im Umgang mit der Situation	97
7.3	Konkrete Lösungsvorschläge	100
<b>Teil III</b>	<b>Schwierige Situationen mit dysfunktionalen Bewältigungsmodi: Überkompensation</b>	105
<b>8</b>	<b>Basics für die Bearbeitung von Überkompensationsmodi</b>	106
<b>9</b>	<b>Der Patient verhält sich herablassend, arrogant oder entwertend</b>	109
9.1	Welcher Modus ist in diesen Situationen zentral?	110
9.2	Ziele und Strategien im Umgang mit der Situation	114
9.3	Konkrete Lösungsvorschläge	117
<b>10</b>	<b>Der Patient verhält sich aggressiv, betrügerisch oder kriminell</b>	121
10.1	Welcher Modus ist in diesen Situationen zentral?	122
10.2	Ziele und Strategien im Umgang mit der Situation	125
10.3	Konkrete Lösungsvorschläge	127
<b>11</b>	<b>Der Patient zeigt kontrollierendes Verhalten, z. B. in Form von Logorrhoe</b>	130
11.1	Welcher Modus ist in diesen Situationen zentral?	131
11.2	Ziele und Strategien im Umgang mit der Situation	134
11.3	Konkrete Lösungsvorschläge	138
<b>12</b>	<b>Der Patient bindet die Therapeutin narzisstisch ein (Kollusion)</b>	141
12.1	Welcher Modus ist in dieser Situation zentral?	143
12.2	Ziele und Strategien im Umgang mit der Situation	144
12.3	Konkrete Lösungsvorschläge	146

<b>Teil IV</b>	<b>Schwierige Situationen mit Kindmodi: Vulnerabilität</b>	151
<b>13</b>	<b>Basics für die Bearbeitung von verletzba- ren Kindmodi</b>	152
<b>14</b>	<b>Die Patientin ist extrem verletzlich und/oder bricht plötzlich in Tränen aus</b>	156
	14.1 Welcher Modus ist in diesen Situationen zentral?	158
	14.2 Ziele und Strategien im Umgang mit der Situation	160
	14.3 Konkrete Lösungsvorschläge	163
<b>15</b>	<b>Die Patientin ist stark dependent und auf den Therapeuten fixiert</b>	167
	15.1 Welcher Modus ist in diesen Situationen zentral?	169
	15.2 Ziele und Strategien im Umgang mit der Situation	172
	15.3 Konkrete Lösungsvorschläge	176
<b>Teil V</b>	<b>Schwierige Situationen mit Kindmodi: Ärger und Wut</b>	181
<b>16</b>	<b>Basics für die Bearbeitung von ärgerlichen oder wütenden Kindmodi</b>	182
<b>17</b>	<b>Die Patientin ist sehr wütend und/oder schreit den Therapeuten an</b>	186
	17.1 Welcher Modus ist in diesen Situationen zentral?	187
	17.2 Ziele und Strategien im Umgang mit der Situation	190
	17.3 Konkrete Lösungsvorschläge	196
<b>Teil VI</b>	<b>Schwierige Situationen mit Kindmodi: Impulsivität, Undiszipliniertheit, Trotz</b>	201
<b>18</b>	<b>Basics für die Bearbeitung von impulsiven, undisziplinierten oder trotzigem Kindmodi</b>	202
<b>19</b>	<b>Die Patientin ist trotzig</b>	205
	19.1 Welcher Modus ist in diesen Situationen zentral?	206
	19.2 Ziele und Strategien im Umgang mit der Situation	210
	19.3 Konkrete Lösungsvorschläge	212

<b>20</b>	<b>Der Patient macht keine Fortschritte, weil ihm vieles zu anstrengend ist</b>	216
20.1	Welcher Modus ist in diesen Situationen zentral?	217
20.2	Ziele und Strategien im Umgang mit der Situation	220
20.3	Konkrete Lösungsvorschläge	222
<b>Teil VII Schwierige Situationen mit dysfunktionalen Elternmodi</b>		227
<b>21</b>	<b>Basics für die Bearbeitung von strafenden und fordernden Elternmodi</b>	228
<b>22</b>	<b>Die Patientin fordert sich extrem und kann sich davon nicht distanzieren</b>	233
22.1	Welcher Modus ist in dieser Situation zentral?	234
22.2	Ziele und Strategien im Umgang mit der Situation	237
22.3	Konkrete Lösungsvorschläge	241
<b>23</b>	<b>Der Patient reagiert panisch auf emotionsorientierte Übungen oder »Der Elternmodus schlägt zurück«</b>	245
23.1	Welcher Modus ist in diesen Situationen zentral?	248
23.2	Ziele und Strategien im Umgang mit der Situation	249
23.3	Konkrete Lösungsvorschläge	255
<b>Teil VIII Schwierige Therapiesituationen und Anteile des Therapeuten</b>		259
<b>24</b>	<b>Basics für den Einsatz der Schematherapie in Selbsterfahrung und Supervision</b>	260
<b>25</b>	<b>Typische Muster von Therapeuten</b>	263
25.1	Typische Schwierigkeiten von Therapeuten	263
25.2	Welche Modi des Therapeuten sind beteiligt?	269
25.3	Ziele und Änderungsstrategien	272
25.4	Konkrete Lösungsvorschläge	274
<b>Literaturverzeichnis</b>		277
<b>Sachwortverzeichnis</b>		279

# Vorwort

Die Schematherapie wurde von Jeffrey Young vor allem auch für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen entwickelt. Insofern arbeiten Schematherapeuten gewissermaßen von vornherein sehr oft mit interaktionell herausfordernden und symptomatisch schwer gestörten Patienten, was schwierige Therapiesituationen mit sich bringt.

Schwierige Situationen in der Therapie haben häufig damit zu tun, dass Patienten und Patientinnen intensiv vermeiden oder sich im Kontakt problematisch verhalten, z. B. sehr nachgiebig oder auch abwertend sind. Diese Verhaltensweisen können mit Hilfe des schematherapeutischen Modusmodells gut analysiert, konzeptualisiert und therapeutisch bearbeitet werden.

## **Aufbau und Gebrauch dieses Buches**

Das Buch folgt dem Prinzip eines pragmatischen Nachschlagewerks. Jedes Kapitel behandelt eine Klasse typischer schwieriger Situationen. Durch zusätzliche Verweise zwischen den Kapiteln kann der Leser rasch eine Hilfestellung für seine spezifische problematische Therapiesituation finden. Das Buch bezieht sich dabei meist auf typische Fälle in der ambulanten psychotherapeutischen Regelversorgung, viele Vorschläge lassen sich jedoch auch in der stationären Psychotherapie umsetzen.

Im Einführungskapitel wird ein kurzer Überblick über den schematherapeutischen Ansatz und die Arbeit mit dem Moduskonzept gegeben, u. a. zu Fallkonzeptualisierung und Behandlungsplanung. Auf dieser Grundlage kann mit dem für die eigene Problemsituation passenden Kapitel weitergearbeitet werden.

Jeder Buchteil bezieht sich auf eine bestimmte Modusklasse. Die Reihenfolge der Buchteile folgt dabei dem typischen Behandlungsverlauf der Schematherapie. In der Regel werden zunächst die Bewältigungsmodi bearbeitet, um zu dem verletzbaren Kindmodus vorzudringen und diesen in den Mittelpunkt der Therapie zu stellen. Parallel dazu werden auch weitere dysfunktionale Kindmodi beachtet. Die dysfunktionalen Elternmodi werden oft erst im Anschluss an diese Arbeit in den Fokus der Behandlung gestellt.

Zu jeder Modusklasse wird in den sogenannten »Basics-Kapiteln« eine kurze Einführung gegeben, in der die wichtigsten Eigenschaften und therapeutischen Prinzipien zusammengefasst sind. Die darauffolgenden Kapitel behandeln die für die jeweilige Modusklasse typischen schwierigen Situationen. Hier geht es jeweils darum, die in einer bestimmten Therapiesituation im Vordergrund stehende Moduskonstellation und die dazugehörigen Gefühle und Bedürfnisse herauszuarbeiten. Für die Lösung liegt das Augenmerk neben dem korrekten Einsatz von kognitiven, emotionsbasierten und übenden Techniken immer auch auf der jeweiligen Gestaltung der therapeutischen Beziehung. Im Rahmen emotionsfokussierter Techniken werden häufig Stuhldialoge eingesetzt, weil diese Technik sich zur Bearbeitung vieler schwieriger Therapiesituationen besonders gut eignet.

Jedes Kapitel zu einer bestimmten schwierigen Situation beginnt mit ein oder mehreren Fallbeispielen zur Verdeutlichung des jeweiligen Problems. Danach werden die Besonderheiten dieser Situationen herausgearbeitet und Vorschläge zur Lösung entwickelt. Dabei wird immer auch auf mögliche individuelle Muster von Therapeuten eingegangen, die in der beschriebenen Situation mit den Patientenumustern interagieren können. Die Lösungsstrategie wird beispielhaft anhand der Fälle konkretisiert und das Vorgehen entsprechend veranschaulicht. Eine Liste mit »Dos and Don'ts« schließt jedes dieser Kapitel ab.

Im abschließenden Buchteil »Schwierige Therapiesituationen und Anteile des Therapeuten« wird eine eher selbsterfahrungsbezogene Perspektive eingenommen und schwierige Situationen in Abhängigkeit von den Mustern des Therapeuten beschrieben. Auch hier werden typische Moduskonstellationen und Lösungsvorschläge nach dem schematherapeutischen Ansatz vorgestellt. Es war uns ein besonderes Anliegen, diesen Fokus in das Buch aufzunehmen, weil wir selbst für unsere eigene Arbeit und privaten Beziehungen sehr von der Auseinandersetzung mit eigenen Schemata und Modi profitiert haben. Zudem bekommen wir von Kollegen in der Selbsterfahrung und Supervision immer wieder die Rückmeldung, dass dieser Ansatz für die eigene Entwicklung außerordentlich hilfreich sein kann.

Hinsichtlich der Verwendung der Geschlechtsform haben wir uns dafür entschieden, abwechselnd von Patientinnen und von Patienten bzw. von Therapeuten und von Therapeutinnen zu schreiben. Das erschien uns lesbarer als jede kombinierte Form und bildet die Realität besser ab als die Entscheidung für nur eine der beiden Formen.

Ganz sicher decken die hier dargestellten Situationen nicht alle Schwierigkeiten ab, die im Kontext einer schematherapeutischen Behandlung auftreten können. Um die Situationen und Lösungsstrategien fortlaufend praxisnah ergänzen und aktualisieren zu können, würden wir uns sehr über kollegiales Feedback und Anregungen freuen (unter [schematherapie@hamburg.de](mailto:schematherapie@hamburg.de)).

## **Danksagung**

Diesem Buch liegen unsere Erfahrungen mit eigenen Patientinnen und Patienten sowie die Schwierigkeiten und Fragen von Teilnehmern in unseren (teilweise gemeinsam durchgeführten) Workshops und Supervisionen zugrunde. Wir danken unseren Teilnehmerinnen für die Offenheit, ihre Fragen und Probleme mit uns zu teilen und sowohl uns als auch andere Teilnehmer an der Entwicklung von Lösungswegen teilhaben zu lassen. Zudem danken wir unseren Patienten dafür, dass sie mit uns immer wieder kreative Wege gemeinsam gegangen sind, um Lösungen für »vertrackte« Situationen zu finden.

Wir hatten das Glück, die Schematherapie von hervorragenden Lehrern und Vorbildern zu lernen und gemeinsam mit engagierten Kollegen einzusetzen und voneinander weiterzulernen. Unser Dank gilt neben vielen anderen insbesondere Arnoud Arntz, Heinrich Berbalk, David Bernstein, Joan Farrell, Eva Fassbinder, Hannie van Genderen, Silka Hagena, Jürgen Kempkensteffen, Vivian Rahn, Laura Seebauer, Ida Shaw, Jeffrey Young und Gerhard Zarbock.

Die Zusammenarbeit mit dem Beltz Verlag, insbesondere mit Frau Dr. Svenja Wahl und Frau Andrea Schrameyer, war höchst angenehm und produktiv. Von den Büchern und Ideen von Alexander Noyon und Thomas Heidenreich haben wir sehr viel gelernt und profitiert. Nicht zuletzt waren unsere Partner und Familien bereit, unsere durch das Schreiben dieses Buches entstandene Zusatzbelastung mitzutragen – danke auch dafür!

Hamburg, im Herbst 2013

*Christine Zens und Gitta Jacob*

# Einführung in die Schematherapie

Die Schematherapie nach Jeffrey Young (Young, 1994; Young et al., 2008) ist eine aktuelle Weiterentwicklung der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und chronifizierten Achse-I-Störungen. Nachdem sich Young ursprünglich mit dem Schemakonzzept befasste, entwickelte er zur Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen schon bald den Modusansatz der Schematherapie. Dieser wurde vor allem durch die Arbeitsgruppe von Arnoud Arntz (Maastricht) erweitert und erforscht (z. B. Giesen-Bloo et al., 2006; Arntz & van Genderen, 2010). In Deutschland wurde die Einführung der Schematherapie maßgeblich durch Heinrich Berbalk initiiert (z. B. Berbalk & Kempkensteffen, 2000; Berbalk & Young, 2009).

Young erweiterte das klassische Vorgehen der KVT unter anderem um die Konzepte der Bindungstheorie (Bowlby, 1969), der Bedürfnisorientierung humanistischer Ansätze (Rogers, 1961), der Transaktionsanalyse (Berne, 1967) sowie einen starken Fokus auf biografische Aspekte für die Entstehung psychischer Störungen, der auch ein Kernelement tiefenpsychologischer Arbeit darstellt. Auch integrierte er erlebnisorientierte Techniken z. B. aus der Gestalttherapie und dem Psychodrama (Kellogg, 2004) sowie der Hypnotherapie und anderen imaginativen Verfahren (Edwards, 2007). Der Aspekt der Interaktion verschiedener Anteile des Selbst – entsprechend der »Modi« im Konzept der Schematherapie – findet sich auch in der KVT (Beck et al., 1990) und anderen sog. »Teileansätzen« (Übersicht in Hesse, 2009) wieder.

## Zentrale Konzepte der Schematherapie

Die Schematherapie verbindet auf der Grundlage der therapeutischen Beziehungsgestaltung mit dem Ansatz des »Limited Reparenting« kognitive, erlebnisorientierte und behaviorale Techniken zu einem systematischen und transparenten therapeutischen Vorgehen. Empirische Studien z. B. bei Patienten mit Borderline- oder Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen belegen die hohe Wirksamkeit dieser Methode (Überblick zum Forschungsstand in Jacob & Arntz, 2013b).

Grundlegende Konzepte in der Schematherapie sind die maladaptiven Schemata und die daraus abgeleiteten Schemamodi. Da die positiven Wirksamkeitsnachweise bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen alle mit dem Schemamodusansatz erbracht wurden, beziehen wir uns in diesem Buch primär auf diesen Ansatz. Für eine Vertiefung der hier dargestellten Konzepte verweisen wir auf die vorliegende Grundlagenliteratur (Young et al., 2008; Jacob & Arntz, 2011).

### Maladaptive Schemata und Schemabewältigung

Ein maladaptives Schema wird definiert als »umfassendes Thema oder Muster, das aus Erinnerungen, Emotionen, Kognitionen und Körperempfindungen besteht, welches in

Kindheit oder Adoleszenz entstanden ist und im Laufe des Lebens weiter ausgeprägt wurde« (Young et al., 2005, S. 36). Schemata entstehen im Zusammenspiel mit dem angeborenen Temperament (nach Kagan et al., 1988), wenn grundlegende Kernbedürfnisse (s. auch Kap. 13) in Kindheit und Jugend anhaltend nicht erfüllt wurden. Young beschreibt auf der Grundlage von klinischen Erfahrungen 18 maladaptive Schemata, die er entsprechend der Kernbedürfnisse fünf Schemadomänen zuordnet. Tabelle 1 zeigt die Grundbedürfnisse, die Schemadomänen und die jeweils dazugehörigen Schemata.

**Tabelle 1** Kernbedürfnisse, Schemadomänen und dazugehörige Schemata (nach Young et al., 2008)

<b>Bedürfnisse</b>	<b>Schemadomänen</b>	<b>Schemata</b>
Sichere Bindung (Sicherheit, Stabilität, Akzeptanz, Versorgung/Schutz)	Abgetrenntheit und Ablehnung	Verlassenheit/Instabilität Misstrauen/Missbrauch Emotionale Entbehrung Unzulänglichkeit/Scham Soziale Isolation/ Entfremdung
Autonomie, Kompetenz, Identitätsgefühl	Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung	Abhängigkeit/Inkompetenz Verletzbarkeit durch schädigende Einflüsse Verstrickung/Unentwickeltes Selbst Versagen
Realistische Grenzen und Selbstkontrolle	Beeinträchtigung im Umgang mit Begrenzungen	Anspruchshaltung/Grandiosität Unzureichende Selbstkontrolle/Selbstdisziplin
Freiheit im Ausdruck von Bedürfnissen und Emotionen	Fremdbezogenheit	Unterwerfung Selbstaufopferung Streben nach Zustimmung und Anerkennung
Spontanität und Spiel	Übertriebene Wachsamkeit und Gehemmtheit	Negativität/Pessimismus Emotionale Gehemmtheit Unerbittliche Standards/ Überkritische Haltung Strafneigung

Schemata bilden das emotionale Wissensspektrum eines erwachsenen Menschen ab und beeinflussen die Wahrnehmung aktueller Situationen und die jeweilige Reaktion. Wird ein maladaptives Schema aktiviert, so sind damit in der Regel starke negative Gefühle wie z. B. Wut, Trauer oder Angst verbunden. Die darauf folgende Reaktion (Schemaoperation) kann sowohl funktional als auch dysfunktional sein, letztere entspricht einer maladaptiven Bewältigungsreaktion. Young unterscheidet die Schemabewältigungsmechanismen der Unterwerfung, Vermeidung und Überkompensation. Diese sind nicht überdauernd, sondern können je nach Situation variabel auftreten. Dysfunktionale Bewältigungsstrategien wirken schemahaltend, da dem eigentlichen Mangel an Befriedigung von Grundbedürfnissen nicht entgegen gewirkt werden kann und so keine korrigierenden Erfahrungen gemacht werden (Zens & Jacob, 2013). Tabelle 2 zeigt die verschiedenen Bewältigungsstrategien sowie je ein Beispiel für verschiedene Schemabewältigungsreaktionen beim Schema »Misshandlung/Missbrauch«.

**Tabelle 2** Dysfunktionale Schemabewältigungsreaktionen (nach Young et al., 2008)

<b>Erduldung/Unterwerfung</b>	<b>Vermeidung</b>	<b>Überkompensation</b>
Sich in ein Schema fügen, sich entsprechend verhalten. Dem Schema nachgeben, als sei es wahr oder notwendig	Das Leben so arrangieren, dass ein Schema bzw. die damit verbundenen Emotionen nicht aktiviert werden	Das Schema bekämpfen, indem man sich so verhält, als sei das Gegenteil zutreffend
Ertragen von Misshandlung durch andere	Medikamentenmissbrauch, um Gefühle nicht zu spüren	Das Gegenüber dominieren durch z. B. Aggressivität

### **Der Modusansatz der Schematherapie**

Aufgrund der Vielzahl der Schemata und möglicher Reaktionen, die zum Teil nur schwer voneinander abgrenzbar sind, wird eine systematische Fallkonzeptualisierung und Behandlungsplanung oftmals unübersichtlich. Der Schemamodusansatz reduziert diese Komplexität, indem Schemata und Schemaoperationen anhand des dominierenden Affektzustands zusammengefasst beschrieben werden. Dadurch können die beteiligten Schemata gemeinsam bearbeitet werden, ohne sie jeweils explizit benennen zu müssen. Der Modusansatz ist für Patienten gut zugänglich und ermöglicht in der praktischen Arbeit die schnelle und flexible Ableitung konkreter therapeutischer Strategien.

Ein Modus ist definiert als der in einer Person in einer Situation aktuell vorherrschende Gesamtzustand und erfasst alle in diesem Moment erlebten Schemata, Emotionen und Schemaoperationen. Während ein Schema eher als »Trait« bezeichnet werden kann, stellt ein Modus eher einen »State« dar. Der Schemamodusansatz umfasst sowohl ein störungsübergreifendes Modell als auch störungsspezifische Ansätze.

Dabei werden grundsätzlich vier Moduskategorien unterschieden:

- ▶ **Funktionale Modi** (*gesunder Erwachsenenmodus, glücklicher Kindmodus*) beschreiben gesunde Anteile einer Person. Im *Modus des glücklichen Kindes* können Ressourcen neu aufgebaut werden, damit sind insbesondere Aspekte wie Spaß und kindliches Vergnügen verbunden. Im *Modus des gesunden Erwachsenen* kann eine Person ihre eigenen Ziele in Abstimmung mit der Umwelt verfolgen. Sie kann Verantwortung übernehmen, Pflichten erfüllen und ist zu ausreichender Selbstfürsorge in der Lage.
- ▶ Mit den **maladaptiven Kindmodi** (*verletzbar, ärgerliche oder undisziplinierte Kindmodi*) sind intensive negative Gefühle wie z. B. Angst, Ohnmacht, Trauer, Verzweiflung oder Wut verbunden. Hier werden auch Impulsivität, Trotz und Undiszipliniertheit eingeordnet. Objektiv betrachtet sind diese Affekte in der jeweils aktuellen Situation oft nicht angemessen; stattdessen sind damit häufig solche Kindheitserinnerungen assoziiert, in denen es zu einer Frustration von Grundbedürfnissen gekommen ist. Diese Verbindung wird offensichtlich, wenn Patienten angeben, sich jetzt »wie ein Kind mit ... Jahren« zu fühlen (s. auch Kap. 13, 16, 18).
- ▶ Wenn **dysfunktionale Elternmodi** (*strafender Elternmodus, leistungsfordernder oder emotional fordernder Elternmodus*) aktiviert sind, erleben Personen extrem negative Gefühle in Form von z. B. Selbsthass und Druck. Sie entwerten und bestrafen sich, machen sich selbst Vorwürfe oder stellen sich übertriebene Anforderungen in Bezug auf Leistung oder das Wohlergehen anderer. Elternmodi entwickeln sich durch den Einfluss wichtiger Bezugspersonen in Kindheit und Jugend, worunter neben den Eltern auch Peers und andere Personen und Erfahrungen eine große Rolle spielen können (s. auch Kap. 21).
- ▶ Die **dysfunktionalen Bewältigungsmodi** (*Unterwerfungs-, Vermeidungs- oder Überkompensationsmodi*) dienen dazu, eine Person vor starken negativen Gefühlen zu schützen, was zu einer kurzfristigen Entlastung führt. Diese negativen Gefühle sind oftmals mit Eltern- oder Kindmodi verbunden. Im Gegensatz zu den Kindmodi wird in diesem Anteil das tatsächliche Alter als »gefühltes Alter« angegeben (s. auch Kap. 1, 6, 8).

Ursprünglich wurden von Young zehn verschiedene Modi beschrieben. In den Weiterentwicklungen der Arbeitsgruppe von Arnoud Arntz (Universität Maastricht; z. B. Bamelis et al., 2011), die ihre Überlegungen vor allem aus der Forschung zur Schematherapie bei Patienten mit verschiedenen Persönlichkeitsstörungen ableiteten, wurden diese Modi weiter ausdifferenziert. Tabelle 3 zeigt die Schemamodi im Detail.

**Tabelle 3** Schemamodi (nach Lobbestael et al., 2007)

<b>Kindliche Modi</b>	
<b>Verletzbarkeit</b>	<p><b>Verletzbares, einsames Kind</b>                      Fühlt sich wie ein verletzbares und einsames Kind, das nur dann Aufmerksamkeit bekommt, wenn es den Wünschen der Eltern entspricht. Weil die wichtigsten emotionalen Bedürfnisse des Kindes dabei unerfüllt bleiben, fühlt sich der Patient einsam, leer, ungeliebt, wertlos und nicht liebenswürdig.</p>
	<p><b>Verlassenes oder missbrauchtes Kind</b>                      Erlebt die schweren emotionalen Schmerzen und Verlassenheitsängste von Vernachlässigung oder Missbrauch. Fühlt sich traurig, ängstlich, bedroht, extrem verletzlich, hilf- und hoffnungslos, bedürftig, wertlos und verloren. Patienten in diesem Zustand erscheinen fragil und kindlich; sie fühlen sich hoffnungslos allein und suchen nach einer fürsorglichen Elternfigur.</p>
	<p><b>Dependentes Kind</b>                      Fühlt sich wie ein hilfloses kleines Kind, das von den Anforderungen des Erwachsenenlebens überfordert ist. Patienten in diesem Zustand sind auf der Suche nach Unterstützung und Versorgung.</p>
<b>Ärger</b>	<p><b>Ärgerliches Kind</b>                      Ist ärgerlich, wütend und frustriert, weil emotionale (oder körperliche) Kernbedürfnisse nicht erfüllt werden. Der Ärger wird unangemessen ausgedrückt, sodass sich andere Menschen vor den Kopf gestoßen fühlen.</p>
	<p><b>Wütendes Kind</b>                      Intensive, unkontrollierte Gefühle von Wut oder Zorn, in denen der Patient andere Menschen verletzt oder Dinge beschädigt. Affekt eines »außer Rand und Band« geratenen Kindes, das schreit und sich heftig und impulsiv gegen einen (vermeintlichen) Gegner wehrt.</p>
<b>Mangel an Disziplin</b>	<p><b>Impulsives Kind</b>                      Handelt impulsiv, um situativ eigene Bedürfnisse zu befriedigen, ohne dabei Rücksicht auf andere Personen oder mögliche negative Konsequenzen zu nehmen. Hat Schwierigkeiten, auf kurzfristige Verstärkung zugunsten längerfristiger Ziele zu verzichten.</p>
	<p><b>Undiszipliniertes Kind</b>                      Kann sich nicht dazu bringen, Routinetätigkeiten oder langweilige Aufgaben zu erledigen. Ist schnell frustriert, gibt leicht auf. Kann auch verwöhnt wirken.</p>

**Tabelle 3** (Fortsetzung)

<b>Glück</b>	<p><b>Glückliches Kind</b> Ist zufrieden, da die emotionalen Kernbedürfnisse erfüllt sind. Fühlt sich geliebt, mit anderen verbunden, sicher, wertvoll, zuversichtlich, kompetent, widerstandsfähig, anpassungsfähig, optimistisch und spontan.</p>
<b>Dysfunktionale Elternmodi</b>	
<b>Strafe</b>	<p><b>Strafender Elternteil</b> Internalisierte Stimme von Elternteilen oder anderen wichtigen Bezugspersonen, die den Patienten kritisieren und bestrafen. Patienten in diesem Modus hassen und verachten sich selbst und bestrafen sich dafür, dass sie normale Bedürfnisse haben oder zum Ausdruck bringen. Der Tonfall in diesem Modus ist hart, kritisch und unversöhnlich. Hinweise sind exzessive Selbstkritik, Selbstverachtung, Selbstverletzungen, suizidale Tendenzen und andere selbstschädigende Verhaltensweisen. Auch Schuldvorwürfe können biografisch als Strafe eingesetzt worden sein und so in diesem Modus aufgehen.</p>
<b>Fordern</b>	<p><b>Fordernder Elternteil</b> Vertritt extrem hohe Standards und vermittelt, dass es wichtig ist, perfekt zu sein, alles richtig zu machen, immer effektiv zu sein oder einen hohen Status anzustreben (leistungsfordernder Elternmodus) und/oder bescheiden zu bleiben und die Bedürfnisse anderer vor die eigenen zu stellen (emotional fordernder Elternmodus). Spontanität und der Ausdruck eigener Gefühle erscheinen unzulässig. Tritt in Form perfektionistischer Standards und/oder einer überkritischen Haltung auf. Werden die Anforderungen nicht erfüllt, kommt es schnell zu Versagens- oder Schuldgefühlen.</p>
<b>Maladaptive Bewältigungsmodi</b>	
<b>Unterwerfung</b>	<p><b>Kapitulation oder bereitwillige Unterwerfung (Erduldung)</b> Handelt passiv und unterwürfig auch gegen eigene Interessen, sucht Rückversicherung aus Angst vor Konflikten oder Zurückweisung. Lässt passiv zu, dass andere schlecht mit ihm umgehen bzw. unternimmt nichts, um eigene gesunde Bedürfnisse zu erfüllen. Erhält selbstzerstörerische Schemamuster durch das eigene Handeln und die Menschen, mit denen Umgang gesucht wird. Ein Patient ist in diesem Modus in erster Linie in Kontakt damit, was andere brauchen oder wollen, und fühlt sich dann sicher, wenn er darauf eingeht und die Wünsche anderer erfüllt. Er erlebt es z. B. emotional als stimmig oder richtig, wenn er sich um jemand anderen kümmert, dabei ist die Fürsorge für andere übermäßig und hat für den Patienten problematische Konsequenzen.</p>

Tabelle 3 (Fortsetzung)

<b>Vermeidung</b>	<b>Distanzierter Beschützer</b> Zieht sich durch emotionale Distanzierung von emotionalem Leid zurück. Die Emotionen scheinen abgestellt; zu anderen Menschen wird kein Kontakt hergestellt, Unterstützung zurückgewiesen. Das Handeln wirkt u. U. roboterhaft. Typische Hinweise sind z. B. Depersonalisation, innere Leere, Langeweile, Substanzmissbrauch, Selbstverletzungen oder psychosomatische Beschwerden.
	<b>Vermeidender Beschützer</b> Bei diesem Modus liegt der Schwerpunkt des Bewältigungsverhaltens auf der konkreten Vermeidung von Situationen, durch die eine Auslösung negativer Gefühle unterbunden werden soll. Vermieden werden z. B. soziale Kontakte, aber auch Leistungssituationen oder intensive Sinnesindrücke und Erlebnisse.
	<b>Ärgerlicher oder klagsamer Beschützer</b> Stellt Distanz zu anderen Menschen durch Zeigen von Ärger oder Unzufriedenheit her. Schimpft über das Gegenüber, über andere Personen oder über äußere Umstände, insbesondere wenn eigene Probleme oder Schwächen thematisiert werden sollten. Das Gegenüber erlebt den Ärger nicht als intensiv, sondern eher als Mittel, um Distanz herzustellen. Anstelle von Ärger kann auch Klagen, etwa über Schmerzen oder die schlechte Stimmung, eingesetzt werden, um diese Distanz zu schaffen.
	<b>Distanzierende Selbstberuhigung oder -stimulation</b> Schaltet Gefühle aus, indem er sich mit anderen Dingen beschäftigt, die beruhigen oder stimulieren. Stimulierend wirken vor allem Verhaltensweisen wie Arbeitssucht, Glücksspiel, Substanzmissbrauch, exzessiver Sport oder Promiskuität. Beispiele für eher besänftigende Aktivitäten sind Computerspiele sowie übermäßiges Essen, Fernsehen oder Tagträumen.

**Tabelle 3** (Fortsetzung)

<b>Überkompensation</b>	<b>Narzisstische Selbstüberhöhung</b> Verhält sich so, als habe er besondere Rechte. Tritt kompetitiv, grandios oder missbrauchend auf, um seine Wünsche zu erfüllen. Ausgeprägter Egozentrismus mit wenig Empathie für andere. In diesem Modus wird geprahlt und angegeben, um Bewunderung zu ernten, sich selbst zu erhöhen und aufzublähen.
	<b>Suche nach Aufmerksamkeit und Bestätigung</b> Versucht sich immer in den Mittelpunkt zu stellen, um Gefühle von Bedeutungslosigkeit oder Minderwertigkeit nicht spüren zu müssen. Interagiert und verhält sich dramatisch, um Aufmerksamkeit und Bestätigung zu erhalten. Das Auftreten wirkt gegebenenfalls oberflächlich, z. T. auch übermäßig flirtend oder sexualisiert.
	<b>Übermäßige perfektionistische oder misstrauische Kontrolle</b> Versucht sich vor vermeintlichen (oder realen) Bedrohungen zu schützen durch erhöhte Aufmerksamkeit, Grübeln und extreme Kontrolle. Es können zwei Subtypen unterschieden werden: In dem Modus der übermäßigen perfektionistischen Kontrolle liegt der Fokus auf Perfektionismus, um Kritik, Unglück, Fehler oder Schuldgefühle zu vermeiden. Das Verhalten in diesem Modus kann auch die Form extremen Kümmerns annehmen, um die Umgebung zu kontrollieren (»Märtyrer-Modus«). In dem Modus der übermäßigen misstrauischen Kontrolle steht extreme Wachsamkeit im Vordergrund; andere Menschen und ihr Verhalten werden dauernd auf Indizien für Böswilligkeit geprüft.
	<b>Einschüchterer-Modus (Schikane und Angriff; Bully and Attack)</b> Schädigt und kontrolliert andere vorsätzlich verbal, emotional, physisch, sexuell oder durch antisoziale Handlungen, auch mit sadistischen Zügen. Kann Missbrauch überkompensieren oder zu verhindern suchen.
	<b>Gerissener Täuscher (Betrugs-Modus)</b> Lügt gezielt, um andere zu täuschen, sich selbst in einem guten Licht erscheinen zu lassen und eigene Ziele zu erreichen. Steht oft im Zusammenhang mit Betrug oder Hochstapelei.
	<b>Beute-Modus (Raubtier-/Killer-Modus)</b> Ist absichtlich und kaltblütig aggressiv, um eigene Ziele zu erreichen, Bedürfnisse durchzusetzen oder Gegner aus dem Weg zu räumen. Steht oft im Zusammenhang mit schweren Delikten bei forensischen Patienten.

Tabelle 3 (Fortsetzung)

Modus des gesunden Erwachsenen	
Erwachsenen	<b>Gesunder Erwachsener</b> Dieser Modus ist verbunden mit angemessenen erwachsenen Funktionen wie Arbeit, Partnerschaft, Elternschaft oder der Übernahme von Verantwortung und Verpflichtungen sowie mit angenehmen erwachsenen Aktivitäten wie intellektuellen, ästhetischen und kulturellen Interessen, Sexualität, Gesundheitsfürsorge oder Sport.

## Diagnostik und Indikation

Nachdem im Rahmen der Anamnese grundlegende Informationen über die Symptomatik und die Problemzusammenhänge erhoben wurden, gegebenenfalls unter Einbeziehung standardisierter Testdiagnostik und weiterer Informationsquellen, kann die Entscheidung für oder gegen eine Schematherapie gefällt werden.

### Indikation und Kontraindikation

Die Schematherapie ist immer dann indiziert, wenn die Probleme eines Patienten oder einer Patientin biografisch mit begründet sind und er bzw. sie von den Hauptkomponenten der Schematherapie, also der intensiven therapeutischen Beziehungsgestaltung sowie den emotionsfokussierten Verfahren, profitieren kann (vgl. Zens & Jacob, 2012). Die Schematherapie gilt als indiziert für die Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, Persönlichkeitsakzentuierungen sowie chronifizierten Achse-I-Störungen wie z. B. Zwangs- oder Essstörungen. Zudem findet sie Anwendung in der Suchttherapie (Ball & Young, 2000), bei der Arbeit mit forensischen Patienten (Bernstein et al., 2007) und Jungerwachsenen (Zens & Hagen, 2013). Erfolgreiche Entwicklungen gibt es bei der Anwendung schematherapeutischer Konzepte im Gruppensetting (Farrell & Shaw, 2013), in der Paartherapie (vgl. Roediger, 2011a) sowie bei Kindern und Jugendlichen (Loose et al., 2013).

Als Kontraindikationen sind grundsätzlich akute Störungsbilder zu nennen, z. B. bedrohliches Untergewicht bei Anorexia Nervosa. Bei Patienten mit psychotischen Symptomen, starkem Substanzmittelmissbrauch, hirnorganischen Veränderungen oder ausgeprägten frühen Entwicklungsstörungen ist die Schematherapie ebenfalls nicht indiziert. Unter sorgfältiger Beachtung der individuellen Belastbarkeit und Sicherstellung des geeigneten Settings gibt es jedoch erste positive Berichte hinsichtlich der Integration schematherapeutischer Elemente in die Behandlung dieser Störungsbilder.

### Psychometrische Diagnostik

Die schemaspezifische Diagnostik (Jacob & Arntz, 2013b) erfolgt mit dem Young Schema Questionnaire (YSQ, Überblick in Oei & Baranoff, 2007), mit dessen Hilfe die

18 Schemata nach Young erhoben werden können. Mit dem Schema Mode Inventory (SMI, Lobbestael et al., 2010) können 14 Modi des Schemamoduskonzepts erfasst werden. Beide Fragebögen haben sich in bisherigen Studien als änderungssensitiv erwiesen und zeigen insgesamt zufriedenstellende psychometrische Eigenschaften. Normen liegen bislang noch nicht vor, entsprechende Studien sind in Vorbereitung.

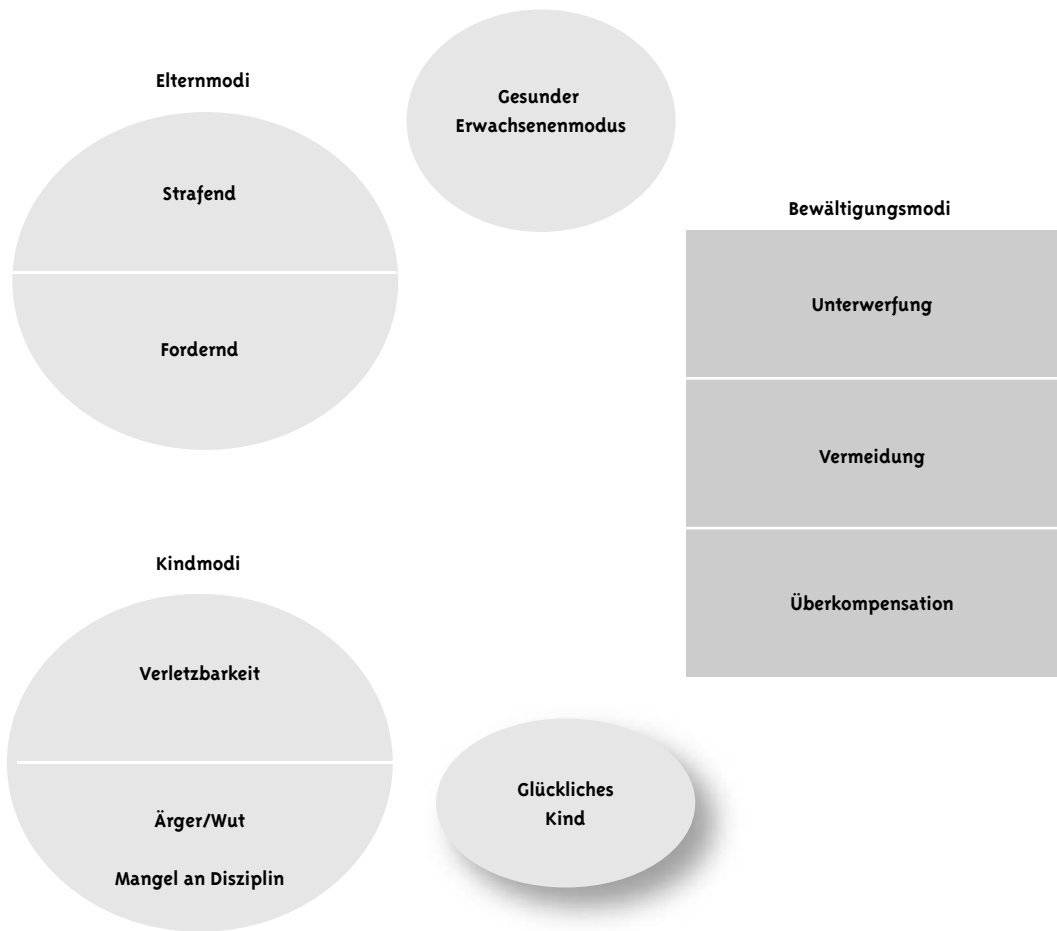
## **Therapeutisches Vorgehen**

### **Fallkonzeptualisierung und Psychoedukation**

Im Interview sowie durch Selbst- und Fremdbeobachtung werden die wichtigsten Symptome, Probleme, Muster und eventuelle interaktionelle Störungen von Patienten erfasst und anhand ihrer zentralen affektiven Qualität den beschriebenen Modi zugeordnet. Auch ein möglicherweise auffälliger Interaktionsstil innerhalb der therapeutischen Beziehung gibt Aufschlüsse über die Modi von Patienten. Hier ist es besonders wichtig, von Beginn an auf eventuelle Bewältigungsmodi zu achten und gegebenenfalls frühzeitig behutsam anzusprechen. Wirkt eine Patientin z. B. sehr rational und wenig betroffen, dann liegt möglicherweise ein Vermeidungsmodus vor (s. Kap. 2). Bei einem Unterwerfungsmodus tendiert ein Patient evtl. dazu, alles in der Therapie »abzunicken« und gut zu finden (s. Kap. 7). Überkompensationsmodi behindern in Form von Abwertung (s. Kap. 9) oder extremer Aufwertung der Therapeutin (s. Kap. 12) den therapeutischen Prozess.

Neben auffälligen interaktionellen Mustern sowie den zentralen Symptomen und Problemen sind biografische Informationen wichtig für die Fallkonzeptualisierung. Diese werden meist schon in der Anamnese ausführlich berichtet. Zusätzlich können diagnostische Stuhldialoge oder Imaginationen durchgeführt werden. Innerhalb einer diagnostischen Imagination wird die Patientin angeleitet, anhand der emotionalen Qualität der Vorstellung eine Verbindung zwischen einer Kindheits-situation und einem aktuell belastenden Ereignis herzustellen (Affektbrücke). Dabei ist das Ziel an dieser Stelle nicht die Veränderungsarbeit. Stattdessen ist gerade das emotionale Erleben der biografischen Zusammenhänge für Patienten wichtig, um ein tieferes Verständnis der Problematik zu gewinnen und sich für weitere therapeutische Schritte zu motivieren.

Die so gewonnenen Informationen werden in der Therapiesitzung grafisch als individuelles Modusmodell aufbereitet, sinnvollerweise auf einem Flip-Chart. Anschließend kann das Blatt z. B. abfotografiert und der Patientin mit der Hausaufgabe mitgegeben werden, die Informationen noch einmal zu sortieren und für sich geordneter zu skizzieren. Grundsätzlich wird jedes Modusmodell individuell erstellt. Es kann jedoch hilfreich sein, sich anhand der vorliegenden prototypischen Modelle für bestimmte (Persönlichkeits-)Störungen Anregungen zu holen (s. Jacob & Arntz, 2011) und diese individuell zu ergänzen. Dabei lassen sich auch die vorliegenden Informationsblätter und Arbeitsmaterialien gut einsetzen (z. B. Faßbinder, Schweiger & Jacob, 2011). Abbildung 1 zeigt das störungsübergreifende Modusmodell.



**Abbildung 1** Das störungsübergreifende Modusmodell

Nicht immer lassen sich Probleme, Gefühle oder Verhaltensweisen von Beginn an einem Modus zuordnen, sind aber der Patientin oder der Therapeutin wichtig. Hilfreich ist es dann, diese Informationen am Rand des Flip-Chart-Blatts zu notieren, um sie später zu integrieren. Damit wird der Patientin auch deutlich, dass diese Informationen ernst genommen werden. Zudem treten manche Symptome bei einem Patienten auch in verschiedenen Modi auf, so können Selbstverletzungen u. a. als Selbstbestrafung (strafender Elternteil) oder als Ablenkung (distanzierter Beschützermodus) eingesetzt werden. Daher ist es gerade bei komplexen Störungen wichtig, die Zuordnung eines Symptoms auch im Verlauf der Therapie immer wieder neu zu hinterfragen.

Die Erstellung des Modusmodells erfolgt transparent im Gespräch mit der Patientin. Mögliche Widersprüche sollten aufgezeigt und später noch einmal diskutiert werden. Es muss also nicht zwangsläufig von Beginn an in jedem Punkt Einigkeit bestehen. Therapeutin und Patientin können ihre Einschätzung im Verlauf der

Therapie überprüfen. Danach gibt die Therapeutin einen Überblick über die schematherapeutische Behandlung. Dabei werden auch zentrale schematherapeutische Therapiestrategien vorgestellt, insbesondere erlebnisorientierten Techniken. Erste Erfahrungen damit können Patienten im Rahmen von diagnostischen Imaginationsübungen oder Stuhldialogen sammeln.

### **Ablauf und Ziele der Behandlung**

Nach Etablierung des Modusmodells folgt, vor allem bei schwerer gestörten Patienten, nach Herstellung ausreichend sicherer Rahmenbedingungen zunächst die Arbeit mit den dysfunktionalen Bewältigungsmodi. Erst wenn diese anhaltend reduziert worden sind, kann intensiv mit dem verletzbaren Kindmodus gearbeitet werden, vorwiegend mit Hilfe imaginativer Übungen. Die Arbeit mit anderen kindlichen Anteilen wird nach Bedarf in die Behandlung integriert. Anschließend werden die Elternmodi begrenzt bzw. bekämpft, vor allem in Stuhldialogen und in Imaginationsübungen. In der Abschlussphase liegt der Fokus auf dem Aufbau gesunder Verhaltensmuster, dem Transfer des Gelernten in den Alltag und der Ablösung aus der Therapiebeziehung. Von diesem relativ stringenten Vorgehen kann bei Patienten mit leichteren Störungen auch abgewichen werden. Ergänzend zur therapeutischen Behandlung können Arbeitsmaterialien und Selbsthilfeleratur herangezogen werden (z. B. Jacob, van Genderen & Seebauer, 2011; Faßbinder et al., 2011; Young, 2006).

Das Ziel der Behandlung besteht darin herauszuarbeiten, welche Kernbedürfnisse in Kindheit und Jugend nicht erfüllt wurden, welche Schemata und Modi daraus entstanden sind und wie diese sich in der Gegenwart auf die Patientin auswirken. Es sollen neue Möglichkeiten entdeckt werden, mit denen eine Patientin sich ihre Bedürfnisse auf eine angemessene Art und Weise erfüllen und Schema- bzw. Modusaktivierungen selbstständig regulieren kann. Dabei können modusspezifische Ziele beschrieben werden, die mit Hilfe kognitiver, emotionsorientierter und behavioraler Techniken sowie in der Arbeit mit der therapeutischen Beziehung erreicht werden sollen.

#### **Modusspezifische Ziele in der Schematherapie**

- ▶ Verletzbare Kindmodi werden validiert, prozessiert, getröstet und gestärkt. Patienten sollen sich diesen Anteilen zuwenden, ihre Bedürfnisse und Gefühle anerkennen (s. Kap. 13).
- ▶ Ärgerliche und wütende Kindmodi werden ventiliert und gegebenenfalls begrenzt. Dahinter liegende Bedürfnisse werden validiert und ein angemessener Bedürfnisausdruck angeleitet (s. Kap. 16).
- ▶ Impulsive und undisziplinierte Kindmodi werden in ihren Bedürfnissen wahrgenommen, jedoch auch begrenzt. Der Aufbau von Frustrationstoleranz (s. Kap. 18) wird angeleitet.

- ▶ Dysfunktionale Bewältigungsmodi werden benannt und ggfs. empathisch konfrontiert, in Bezug auf die Funktionalität in der Vergangenheit validiert und bzgl. der Gegenwart hinterfragt und reduziert (s. Kap. 1, 6, 8).
- ▶ Dysfunktionale Elternmodi werden hinterfragt und begrenzt oder bekämpft. Patienten sollen überzogene Ansprüche reduzieren und ein positives Selbstwertgefühl aufbauen können (s. Kap. 21).
- ▶ Der gesunde Erwachsenenmodus wird in jeder Hinsicht gestärkt, der glückliche Kindmodus in jeder Hinsicht gefördert.

### **Schematherapeutische Interventionsstrategien**

Die schematherapeutischen Interventionsstrategien werden an dieser Stelle nur kurz beschrieben, für eine ausführliche Einführung in diese Techniken verweisen wir auf Jacob und Arntz (2011).

**Kognitive Strategien.** Auf dieser Ebene werden die Modi und ihr lebensgeschichtlicher Hintergrund benannt, in Bezug auf ihre aktuelle Gültigkeit und Funktionalität hinterfragt und Verzerrungen korrigiert. Dazu werden alle Techniken der Kognitiven Verhaltenstherapie sowie schemaspezifische kognitive Interventionen wie z. B. Modus-Tagebücher oder Schema- bzw. Modus-Memos (s. Abb. 2) eingesetzt. Weitere zentrale Techniken sind die Durchführung von Psychoedukationen z. B. zu Grundbedürfnissen sowie das Erstellen von Pro-Kontra-Listen, insbesondere für die Bearbeitung der Bewältigungsmodi (konkrete Beispiele finden Sie in den Kapiteln 3, 7 und 9).

### **Grundlegende kognitive Techniken für die jeweiligen Modi**

- ▶ **Verletzbarer Kindmodi:** Psychoedukation zu den Kernbedürfnissen, zu Rechten von Kindern und zur biografischen Entstehung von Kindmodi; Validieren von Gefühlen und Bedürfnissen
- ▶ **Ärgerliche/Wütende Kindmodi:** Psychoedukation zur Entstehung von Ärger und Wut; Diskussion der Angemessenheit des Ausdrucks
- ▶ **Impulsive/Undisziplinierte Kindmodi:** Psychoedukation zur Bedeutung von Frustrationstoleranz und Disziplin; Diskussion von Vor- und Nachteilen
- ▶ **Dysfunktionale Bewältigungsmodi:** Validieren der biografischen Entstehung; Diskussion der früheren und aktuellen Vor- und Nachteile (Pro-Kontra-Listen)
- ▶ **Dysfunktionale Elternmodi:** Psychoedukation zu Pflichten von Eltern; Hinterfragen von Entwertung, Schuldzuschreibung oder Verantwortungsabgabe; Disputation von Verzerrungen
- ▶ **Gesunder Erwachsenenmodus und glücklicher Kindmodus:** Verstärkung der Kognitionen in diesen Modi; Sammlung dieser Gedanken in Positiv-Listen, Tagebüchern oder per Audioaufzeichnung; positive Selbstinstruktionen mit Hilfe von Modus-Memos

## Schema-/Modus-Memo

### Das augenblickliche Gefühl und die Auslösesituation wahrnehmen:

Im Augenblick fühle ich (Emotionen) \_\_\_\_\_,

weil (Auslöser/Trigger) \_\_\_\_\_

### Schemata bzw. Modus und dessen Ursache identifizieren:

Ich weiß, dass dies wahrscheinlich mein Schema/Modus \_\_\_\_\_ ist.

Dieses/r ist entstanden, weil (Ursprungssituation, Lerngeschichte) \_\_\_\_\_

### Schema-/Modusbedingtes Denken erkennen und verändern (Realitätsprüfung):

Obwohl ich glaube (dysfunktionale Gedanken) \_\_\_\_\_,

ist die Realität, dass (gesunde erwachsene Sichtweise) \_\_\_\_\_

Beweise für die gesunde Sichtweise sind zum Beispiel \_\_\_\_\_

### Schema-/Modusbedingtes Verhalten (z. B. Unterwerfung, Vermeidung, Überkompensation) erkennen und verändern:

Obwohl ich am ehesten (dysfunktionales Verhalten) \_\_\_\_\_,

kann ich stattdessen auch (alternatives gesundes Verhalten) \_\_\_\_\_

### Mein Memo-Satz:

\_\_\_\_\_

Abbildung 2 Schema-/Modus-Memo (Young et al., 2005)