

Gitta Jacob · Arnoud Arntz

Schematherapie

Fortschritte der Psychotherapie

HOGREFE



Schematherapie

Fortschritte der Psychotherapie

Band 53

Schematherapie

von PD Dr. Gitta Jacob und Prof. Dr. Arnoud Arntz

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Kurt Hahlweg, Prof. Dr. Martin Hautzinger,
Prof. Dr. Jürgen Margraf, Prof. Dr. Winfried Rief,
Prof. Dr. Dietmar Schulte, Prof. Dr. Dieter Vaitl

Begründer der Reihe:

Dietmar Schulte, Klaus Grawe, Kurt Hahlweg, Dieter Vaitl

Schematherapie

von Gitta Jacob
und Arnoud Arntz

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG
TORONTO · BOSTON · AMSTERDAM · KOPENHAGEN
STOCKHOLM · FLORENZ · HELSINKI

PD Dr. Gitta Jacob, geb. 1973. 1994–1999 Studium der Psychologie in Würzburg und Freiburg. 2001 Promotion. 2001–2010 klinische und wissenschaftliche Tätigkeit an der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg. Approbation in Verhaltenstherapie. Supervisorin für Verhaltenstherapie und Schematherapie. Seit 2010 wissenschaftliche Tätigkeit im Bereich Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Freiburg. 2012 Habilitation. Forschungsschwerpunkte: Emotionsregulation und Impulsivität bei Borderline-Persönlichkeitsstörung, mentale Bilder bei psychischen Störungen, Schematherapie.

Prof. Dr. Arnoud Arntz, geb. 1956. 1975–1985 Studium der Physik, Mathematik und Psychologie in Groningen (Niederlande). 1991 Promotion. Approbation als Psychotherapeut. Seit 2000 Professor für Clinical Psychology and Experimental Psychopathology und seit 2001 Scientific Director des Research Center of Experimental Psychopathology der Universität Maastricht (Niederlande). Forschungsschwerpunkte: Schmerz, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, Wirksamkeit der Schematherapie.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzdrukken. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

© 2014 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen • Bern • Wien • Paris • Oxford • Prag • Toronto • Boston
Amsterdam • Kopenhagen • Stockholm • Florenz • Helsinki
Merkelstraße 3, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen • Weitere Titel zum Thema • Ergänzende Materialien

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar
Format: PDF

ISBN 978-3-8409-2142-1

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort und Danksagung	1
1 Einführung in die Schematherapie	3
2 Theorie und Störungsmodell	4
2.1 Kernkonzepte	4
2.1.1 Maladaptive Schemata	5
2.1.2 Schemamodi	7
3 Diagnostik und Indikation	12
3.1 Diagnostik	13
3.2 Fallkonzeptualisierung	15
3.2.1 Zentrale Probleme und Symptome	15
3.2.2 Auffällige interpersonelle Muster	17
3.2.3 Biografische Informationen	18
3.3 Störungsspezifische Moduskonzepte	19
3.3.1 Borderline-Persönlichkeitsstörung	19
3.3.2 Narzisstische Persönlichkeitsstörung	22
3.3.3 Histriionische Persönlichkeitsstörung	22
3.3.4 Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung	23
3.3.5 Dependente Persönlichkeitsstörung	23
3.3.6 Zwanghafte Persönlichkeitsstörung	25
3.3.7 Paranoide Persönlichkeitsstörung	26
3.3.8 Forensische Patienten	26
4 Behandlung	27
4.1 Überblick	27
4.1.1 Kognitive Techniken	28
4.1.2 Behaviorale Techniken	30
4.1.3 Emotionsfokussierte Techniken	31
4.1.4 Therapiebeziehung	33
4.2 Erstellen des Fallkonzeptes und Psychoedukation	35
4.3 Umgang mit Bewältigungsmodi	39
4.4 Umgang mit vulnerablen Kindmodi	43
4.4.1 Beziehungsgestaltung mit begrenzter Nachbeelterung	44
4.4.2 Imaginatives Überschreiben	47
4.4.3 Kognitive und behaviorale Techniken	56

4.5	Umgang mit ärgerlichen oder undisziplinierten Kindmodi	59
4.6	Umgang mit dysfunktionalen Elternmodi	63
4.6.1	Stuhldialoge	65
4.7	Stärkung des gesunden Erwachsenenmodus	71
4.8	Ablauf der Therapie	72
4.9	Varianten	74
4.9.1	Schematherapie bei Zwangsstörungen	74
4.9.2	Schematherapie in der Selbsterfahrung	75
4.10	Typische Probleme	77
4.10.1	Probleme auf Seiten der Patienten	77
4.10.2	Probleme auf Seiten der Therapeuten	79
5	Empirische Befunde	81
5.1	Konstruktvalidierung	81
5.2	Wirksamkeit	82
6	Weiterführende Literatur	83
7	Literatur	84
8	Anhang	87
	Arbeitsblatt Schema-Memo	87
	Schema Modus Inventar (SMI-1)	88
	Skalenzuordnung SMI	96

Karten:

Schematherapie – Überblick über die Behandlung

Überblick Imaginatives Überschreiben

Patienteninformation

Vorwort und Danksagung

Die Schematherapie ist eine Weiterentwicklung der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen oder anderen chronischen psychischen Problemen. Unter den vielen aktuellen integrativen psychotherapeutischen Methoden hat sie einen relativ hohen Stellenwert, da in den vergangenen Jahren in mehreren Studien eine sehr gute Wirksamkeit bei verschiedenen Persönlichkeitsstörungen gezeigt werden konnte. Uns ist gerade diese empirische Fundierung und empiriegeleitete Weiterentwicklung der Schematherapie ein großes Anliegen.

In diesem Buch wird das schematherapeutische Vorgehen so dargestellt, wie es in den bisherigen Wirksamkeitsstudien, die in Kapitel 5.2 dargestellt sind, eingesetzt wurde. Zentrale Konzepte sind dabei die konsequente Arbeit mit Schemamodi, die Realisierung einer unterstützenden Therapiebeziehung mit Nachbeelterung sowie der Einsatz emotionsfokussierter Techniken. Gerade der letzte Punkt sollte nicht unterschätzt werden, daher liegt hier ein großer Schwerpunkt im vorliegenden Band.

Die Arbeiten zu diesem Buch wurden gefördert durch den Europäischen Sozialfonds sowie durch das Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg mit einem Stipendium an Gitta Jacob und unterstützt durch eine Förderung des Netherlands Institute for Advanced Study in the Humanities and Social Sciences (NIAS) an Arnoud Arntz. Wir danken Jeffrey Young, dem Entwickler der Schematherapie, für alles, was wir von ihm lernen durften sowie weiteren wichtigen Schematherapeuten, die uns sehr beeinflusst und zu den beschriebenen Konzepten beigetragen haben, insbesondere Joan Farrell, Ida Shaw, Hannie van Genderen und David Bernstein. Wir danken unseren Kollegen, die mit uns in der Anwendung und Weiterentwicklung der Schematherapie zusammenarbeiten und – last but not least – unseren Patienten, die zur Entwicklung der in diesem Buch beschriebenen Techniken und Vorgehensweisen entscheidend beigetragen haben und deren Rückmeldungen für uns sehr wertvoll waren und sind.

Freiburg und Maastricht, im Mai 2013

Gitta Jacob und Arnoud Arntz

1 Einführung in die Schematherapie

Ein integrativer
Therapieansatz

Die Schematherapie ist eine Weiterentwicklung der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen oder anderen chronischen psychischen Problemen, die zunächst von Jeffrey Young (New York) beschrieben und von der Arbeitsgruppe von Arnoud Arntz (Maastricht) insbesondere zum Einsatz in störungsspezifischen Therapiestudien weiterentwickelt und empirisch untersucht wurde. Sie trifft insbesondere unter Verhaltenstherapeuten in den vergangenen Jahren auf hohes Interesse, da sie ein strukturiertes und zielorientiertes KVT-Vorgehen mit Konzepten anderer Therapieschulen verknüpft. Aus der Tiefenpsychologie wird ein Fokus auf problematische Muster anstelle auf spezifische Symptome übernommen, und großer Wert darauf gelegt, die biografische Entstehung dieser Muster zu thematisieren und in die Behandlung einzubeziehen. Die Fallkonzeptualisierung mit den sogenannten Schemamodi weist enge Bezüge zur Transaktionsanalyse und ähnlichen „Teile-Ansätzen“ wie die Ego-State-Therapie oder die Arbeit mit dem „inneren Team“ (Übersicht in Hesse, 2009) auf. Viele der eingesetzten emotionsfokussierenden Methoden sowie das handlungsleitende Konzept der Bedürfnisorientierung haben eine lange Tradition in den erfahrungsorientierten und humanistischen Therapien wie der Gestalttherapie oder der Gesprächspsychotherapie.

Elemente der Schematherapie

- *KVT*: Zielorientierung, Transparenz, gemeinsam erarbeitetes Fallkonzept, KVT-Techniken
- *Tiefenpsychologie*: Analyse übergreifender Muster, Betonung der Biografie und der Bedeutung früher Beziehungen mit Elternfiguren für die Entwicklung von Schemata und Bewältigungsmustern
- *Humanistische und erfahrungsorientierte Verfahren*: Bedürfnisorientierung, Einsatz emotionsfokussierender Methoden wie Stuhldialoge oder imaginative Verfahren
- *Transaktionsanalyse*, „Teile-Ansätze“: Fallkonzept mit Schemamodi, „Innere-Kind“-Arbeit
- *Bindungstheorie*: Betonung der zentralen Bedeutung gesunden Bindungserlebens und der langfristigen Folgen unsicherer Bindungserfahrungen in der frühen Kindheit

In einer schematherapeutischen Behandlung werden die Symptomatik und die problematischen interpersonellen Muster des Patienten sowie deren bio-

grafischer Hintergrund zunächst in einem sogenannten Modus-Konzept zusammengefasst. Dabei wird davon ausgegangen, dass intensive negative Gefühle (dysfunktionale Kindmodi) und Selbstabwertung oder übertriebener Perfektionismus (dysfunktionale Elternmodi) im Kern der Problematik stehen, die vom Patienten bewältigt werden mit Vermeidung, Überkompensation oder die Unterwerfung unter die Vorstellungen anderer (dysfunktionale Bewältigungsmodi). In der Therapie wird jedes Problem oder Symptom zunächst anhand der emotionalen Qualität und Funktionalität dem jeweils passenden Schemamodus zugeordnet. In der Behandlung werden dann jeweils kognitive, behaviorale und emotionsfokussierte Techniken eingesetzt, um Bewältigungsmodi zu reduzieren, dysfunktionale Elternmodi zu schwächen und dysfunktionale Kindmodi zu „heilen“. Ein Schwerpunkt liegt auf der „Inneren-Kind“-Arbeit mit imaginativen Verfahren, insb. imaginativem Überschreiben. Eine zentrale Rolle spielt zudem die Beziehungsgestaltung mit „limited reparenting“, also „begrenztem Nachbeeltern“, die es dem Patienten ermöglichen soll, innerhalb der Therapiebeziehung problematisches Bindungserleben gewissermaßen zu „überlernen“.

Im Folgenden werden zunächst die Kernkonzepte der Schematherapie, maladaptive Schemata und Schemamodi, vorgestellt (vgl. Kapitel 2), und die Diagnostik und Fallkonzeptualisierung mit diesen Konzepten beschrieben und anhand von Beispielen illustriert (vgl. Kapitel 3). Dann wird die Behandlung der verschiedenen Modustypen beschrieben, wobei auf kognitive, behaviorale und emotionsfokussierende Techniken sowie auf die Gestaltung der Therapiebeziehung eingegangen wird. Typische Probleme in einer Schematherapie sowie mögliche Variationen des Vorgehens werden ebenfalls kurz dargestellt (vgl. Kapitel 4). Dabei wird das Verfahren so vorgestellt, wie es in den bisher durchgeführten Wirksamkeitsstudien von uns eingesetzt wurde. Schematherapie hat sich bisher als effektiv erwiesen in der Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS), Cluster-C-Persönlichkeitsstörung und forensischen Patienten. In Kapitel 5 wird ein kurzer Überblick über die Studienlage zur Wirksamkeit der Schematherapie und auch zur Konstruktvalidität der schematherapeutischen Konzepte gegeben.

2 Theorie und Störungsmodell

2.1 Kernkonzepte

Die zentralen Konzepte dieser Interventionsmethode sind die maladaptiven Schemata sowie die daraus abgeleiteten Schemamodi. Da sich in der Arbeit mit persönlichkeitsgestörten Patienten und insbesondere in den Wirksam-

keitsstudien der Ansatz der Schemamodi weitgehend durchgesetzt hat, liegt der Schwerpunkt hier darauf, während die ursprünglichen Schemata nur kurz dargestellt werden.

2.1.1 *Maladaptive Schemata*

Ein Schema ist grundsätzlich eine organisierte Wissensstruktur, die sich in bestimmten Verhaltensweisen, Gefühlen und Gedanken offenbart (Jacob & Arntz, 2011). Es kann nicht direkt gemessen, jedoch durch Analyse der Lebensgeschichte der Patientin sowie durch eine Beobachtung der Strategien, welche sie im Umgang mit ihren Talenten und ihrem Temperament verwendet, erfasst werden. Gesunde Schemata entstehen, wenn die Grundbedürfnisse von Kindern erfüllt werden. Dies erlaubt Kindern, ein positives Bild über andere Personen, sich selbst und die Welt als Ganzes zu entwickeln.

Maladaptive Schemata sind in der Schematherapie entsprechend breit definiert als alles beeinflussende Lebensthemen, die sowohl Emotionen, Einstellungen, Gedanken, Erinnerungen, Wahrnehmungen als auch Verhaltensweisen und interpersonelle Beziehungsmuster beinhalten. Es wird davon ausgegangen, dass maladaptive Schemata in der Kindheit und Jugend – in Wechselwirkung mit dem Temperament des Kindes – entstehen, wenn grundsätzliche Bedürfnisse des Kindes nicht erfüllt wurden. Young, Klosko und Weishaar (2008) definieren eine Liste von Bedürfnissen, deren Erfüllung als zentral angesehen wird. Bezüge zum Psychotherapiemodell von Grawe (2004) sind hier zwar naheliegend, wurden von Young et al. (2008), die ihre Überlegungen zu Bedürfnissen vor allem auf klinische Erfahrungen stützen, jedoch nicht hergestellt.

Kindliche Bedürfnisse, bei deren Nichterfüllung dysfunktionale Schemata entstehen
<ul style="list-style-type: none">• Sicherheit und Bindung• Selbstachtung und Wertschätzung durch andere• Autonomie• Freiheit, eigene Bedürfnisse und Gefühle zu erleben und mitzuteilen• Spontaneität und Spiel• Realistische Grenzen und Selbstkontrolle

**Bedürfnis-
frustration
bedingt dys-
funktionale
Schemata**

Young et al. (2008) definierten auf der Grundlage klinische Beobachtungen 18 verschiedene Schemata, die sie in fünf inhaltlich ähnliche „Domänen“ untergliederten (vgl. Tab. 1).

Wenn ein maladaptives Schema ausgelöst wird, entstehen in der Regel starke negative Emotionen, die für die Betroffenen sehr problematisch sind, bei-

Tabelle 1: Schemata und Schemadomänen nach Young et al. (2008)

Schemadomänen	Bedürfnisse	Schemata
Abgetrenntheit und Ablehnung	Sichere Bindung, Akzeptanz, Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> – Verlassenheit/Instabilität – Misstrauen/Missbrauch – Emotionale Entbehrung – Unzulänglichkeit/Scham – Soziale Isolierung/Entfremdung
Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung	Autonomie, Kompetenz, Identitätsgefühl	<ul style="list-style-type: none"> – Abhängigkeit/Inkompetenz – Anfälligkeit für Schädigungen und Krankheiten – Verstrickung/Unentwickeltes Selbst – Unzulänglichkeit/Versagen
Beeinträchtigung im Umgang mit Begrenzungen	Realistische Grenzen und Selbstkontrolle	<ul style="list-style-type: none"> – Anspruchshaltung/Grandiosität – Unzureichende Selbstkontrolle/Selbstdisziplin
Fremdbezogenheit	Freiheit im Ausdruck von Bedürfnissen und Emotionen	<ul style="list-style-type: none"> – Unterwerfung – Selbstaufopferung – Streben nach Zustimmung und Anerkennung
Übertriebene Wachsamkeit und Gehemmtheit	Spontaneität und Spiel	<ul style="list-style-type: none"> – Negativität/Pessimismus – Emotionale Gehemmtheit – Überhöhte Standards/Übertrieben kritische Haltung – Strafneigung

Schemata und Bewältigungsmechanismen

spielsweise Bedrohung und Hilflosigkeit beim Schema Missbrauch, oder Einsamkeit beim Schema Verlassenheit. Young et al. (2008) beschreiben drei grundlegende Bewältigungsmechanismen, die auftreten können, wenn ein Schema aktiviert wird.

Bewältigungsmechanismen
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Schemavermeidung</i>: Die Person vermeidet Gefühle, die mit dem Schema im Zusammenhang stehen, z. B. durch soziale Vermeidung, Dissoziation oder Gebrauch von Diazepinen oder anderen beruhigenden Substanzen. <i>Beispiel</i>: Eine Person mit dem Schema Missbrauch fühlt sich leicht bedroht, wenn sie mit unbekanntem Menschen in Kontakt treten muss. Sie besucht deshalb z. B. keine Parties; wenn sie es nicht vermeiden kann, trinkt sie in solchen Situationen Alkohol, um sich zu beruhigen. • <i>Unterwerfung</i>: Die Person unterwirft sich anderen Menschen in einer Weise, als gäbe es ohnehin keine Alternative zu diesem Schema. <i>Beispiel</i>: Eine Frau mit dem Schema Missbrauch geht immer wieder Beziehungen zu aggressiven Männern ein, von denen sie sich miss-

brauchen lässt. Sie hat das Gefühl, dass es für sie im Leben keine Alternativen gibt.

- *Überkompensation*: Die Person verhält sich, als sei das Gegenteil des Schemas zutreffend. Sie tritt beispielsweise aggressiv, übermäßig selbstbewusst oder sehr kontrollierend auf, wenn sie sich eigentlich hilflos oder bedroht fühlt. *Beispiel*: Eine Person mit einem Missbrauchsschema neigt dazu, anderen Menschen sehr aggressiv zu begegnen, weil sie sich von diesen unangemessen bedroht fühlt und mit aggressivem Auftreten einem Angriff vermeintlich vorbeugen kann.

Aus der Zahl von 18 Schemata und drei Bewältigungsmechanismen ergibt sich eine Fülle möglicher Schema-„Operationen“, die oft schwer voneinander abgrenzbar sind. Zudem stellen sich die Fallkonzeptualisierung und das Verständnis problematischer Situationen sehr komplex dar, wenn eine Person mehrere Schemata in hoher Ausprägung aufweist, was gerade bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen eher die Regel als die Ausnahme darstellt. Dies führt einerseits potenziell zu Verwirrung, andererseits erleben sich die Betroffenen meist als vollkommen insuffizient, wenn sie eine hohe Ausprägung von nahezu allen möglichen Schemata erleben. Dies hat zur Entwicklung des Schemamodus-Ansatzes geführt, in dem schemabezogene Zustände anhand ihrer zentralen affektiven Qualität zusammengefasst (geclustert) werden. Dadurch können verschiedene Schemata gemeinsam bzw. mit dem jeweils dominanten Affektzustand (z. B. Schemavermeidung) bearbeitet werden, ohne dass notwendigerweise alle beteiligten Schemata expliziert werden. Neben der geringeren Komplexität hat das Modusmodell den Vorteil, dass sich aus der Einordnung der Problematik in das Modell die Behandlungsstrategien klarer ableiten lassen als beim Schemamodell.

2.1.2 Schemamodi

Als Schemamodi werden die verschiedenen Zustände („states“) bezeichnet, die im Zusammenhang mit maladaptiven Schemata („traits“) auftreten können. Das Schemamodus-Konzept umfasst sowohl einen störungsübergreifenden als auch einen störungsspezifischen Ansatz.

Im *störungsübergreifenden Ansatz* werden vier verschiedene Modus-Kategorien definiert: (1) Maladaptive Kindmodi, die durch intensive (übermäßige) negative Gefühle gekennzeichnet sind; (2) dysfunktionale Elternmodi, die assoziiert sind mit Selbsthass und Druck auf sich selbst; (3) dysfunktionale Bewältigungsmodi, die unterteilt werden anhand der oben genannten Bewältigungsstrategien Vermeidung, Unterwerfung und Überkompensation sowie (4) die funktionalen Modi des gesunden Erwachsenen und des glücklichen Kindes (vgl. Tab. 2).

Vier übergeordnete Modus-Kategorien

Maladaptive Kindmodi

Maladaptive Kindmodi treten dann auf, wenn der Patient intensive, negative, belastende oder überwältigende Gefühle erlebt, die der aktuellen Situation objektiv betrachtet nicht angemessen sind. Dies können im Fall der „vulnerablen Kindmodi“ etwa Angst, Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, Einsamkeit, Verlorenheit oder das Gefühl existenzieller Bedrohung sein. Auch Zorn, Ärger oder (ohnmächtige) Wut gehören zu solchen Emotionen, ebenso wie Trotz, ein Mangel an Disziplin oder Impulsivität; dann wird von ärgerlichen und/oder impulsiven Kindmodi gesprochen. Typischerweise geben Patienten auch an, dass sie sich wie ein Kind fühlen (häufig sogar mit recht spezifischer Altersangabe), wenn ein Kindmodus aktiviert ist. Kindmodi werden in der Regel anhand des im Vordergrund stehenden Gefühls benannt, z. B. „die traurige kleine Maria“, „der wütende Thomas“.

Beachte:

Um festzustellen, ob ein Kindmodus vorliegt, kann der Patient nach seinem „gefühlten Alter“ in diesem Modus befragt werden. In der Regel werden kindliche Altersangaben gemacht.

Dysfunktionale Elternmodi

Dysfunktionale Elternmodi sind ebenfalls von starken negativen Gefühlen gekennzeichnet, allerdings setzen sich Patienten in diesen Modi eher unter Druck, erleben Selbsthass oder Selbstvorwürfe oder stellen sehr extreme und übertriebene Anforderungen an sich selbst. Es wird davon ausgegangen, dass diese Modi durch soziale Rückmeldung entstanden sind, die die Patienten durch Eltern oder andere wichtige Bezugspersonen in ihrer Kindheit und Jugend erhalten haben. Dabei wird von *strafenden Elternmodi* gesprochen, wenn das Erleben geprägt ist von Selbsthass und Selbstbestrafung („Ich bin der letzte Dreck“; „Ich bin überhaupt nicht liebenswert, keiner kann mich leiden“). Solche Elternmodi entstehen oft durch das Erleben von emotionalem, physischem oder sexuellem Missbrauch. Eine subtile Form des strafenden Elternmodus kann entstehen, wenn die Strafe nicht anhand oder begleitet von expliziten verbalen Botschaften ausgedrückt wird, z. B. wenn eine Mutter tagelang nicht zu ihrem Kind spricht, um es zu bestrafen. Solche schuldinduzierenden elterlichen Verhaltensweisen können als strafender Elternmodus internalisiert werden. Allerdings ist das innere Selbstgespräch in solchen Fällen keine direkte Wiedergabe elterliche Aussagen, sondern Schlussfolgerungen des Kindes aus den elterlichen Strafen. Andererseits können sich Strafen beziehen auf Fürsorge in Beziehungen („Ich muss mich um andere kümmern und dafür sorgen, dass es Ihnen gut geht; sonst bin ich ein schlechter Mensch“). Diese Art von Elternmodus entsteht oft, wenn Familienmitglieder krank oder leidend waren und der Patient als Kind früh gelernt hat, sich für das Wohlergehen anderer verantwortlich zu fühlen. Das korrespondierende Erleben ist Schuld.

Bei den sogenannten *fordernden oder kritischen Elternmodi* stehen im Unterschied dazu eher Forderungen und Perfektionismus im Vordergrund, die

sich einerseits auf Leistung konzentrieren können („Ich muss alles perfekt machen; wenn ich einen Fehler mache, bin ich ein Versager“) und oft durch fordernde Eltern, Lehrer oder Trainer angelegt wurden oder auch durch Eltern, die hohe Leistungsorientierung u. U. nicht gefordert, aber selbst vorgelebt haben. Das korrespondierende Gefühl ist in der Regel Versagen oder Scham.

Beachte:
 Um einen Elternmodus treffend zu charakterisieren, sollte geprüft werden, ob Selbsthass oder Schuld im Vordergrund steht (strafender Elternmodus), oder eher übermäßige Forderungen gegenüber sich selbst (fordernder Elternmodus). Beim fordernden Elternmodus sollte exploriert werden, ob Versagen oder Scham zentral sind. Zur biografischen Einordnung kann der Patient befragt werden, wessen Stimme aus dem Elternmodus spricht.

Als *dysfunktionaler Bewältigungsmodus* wird ein psychischer Zustand bezeichnet, in dem ein Patient das emotionale Leid, das mit dysfunktionalen Kind- und Elternmodi verbunden ist, bewältigt durch Vermeidung, Unterwerfung oder Überkompensation. Wenn ein Patient in einem Bewältigungsmodus ist, berichtet er weniger intensive Gefühle, was kurzfristig in der Regel entlastend ist. Vermeidung beinhaltet Phänomene wie soziale Vermeidung, Gebrauch von beruhigenden Substanzen, Dissoziation etc.; Unterwerfung liegt vor, wenn der Patient sich vollkommen auf die Bedürfnisse anderer einstellt und eigene Bedürfnisse gar nicht mehr zulässt; Überkompensation ist verbunden mit dominierenden oder kontrollierenden Mustern.

Eltern- und Kindmodi, gesunde und dysfunktionale Bewältigungsmodi

Beachte:
 Bewältigungsmodi sind mit weniger emotionalem Leid verbunden als Eltern- und Kindmodi. Als „gefühltes Alter“ geben Patienten in der Regel ihr tatsächliches Alter an.

Tabelle 2: Schemamodi nach Lobbstael et al. (2007)

Kindmodi	Verletzbarkeit	
		<p><i>Verletzbares (einsames) Kind</i> Fühlt sich wie ein verletzbares und einsames Kind, das nur Aufmerksamkeit bekommt, wenn es den Wünschen der Eltern entspricht. Die wichtigsten emotionalen Bedürfnisse des Kindes bleiben jedoch unerfüllt, und der Patient fühlt sich einsam, ungeliebt und wertlos.</p>
		<p><i>Verlassenes oder missbrauchtes Kind</i> Erlebt die schweren emotionalen Schmerzen und Verlassenheitsängste von Missbrauch oder Vernachlässigung. Ist traurig, verängstigt, hilf- und hoffnungslos, bedürftig, wertlos und verloren. Patienten in diesem Zustand wirken kindlich, sie fühlen sich hoffnungslos alleine und suchen nach einer fürsorglichen Elternfigur.</p>

Tabelle 2: Fortsetzung

Kindmodi	Ärger	<i>Ärgerliches Kind</i> Ist ärgerlich und frustriert, weil zentrale emotionale (oder körperliche) Bedürfnisse nicht erfüllt werden. Der Ärger wird unangemessen ausgedrückt, so dass sich andere Menschen vor den Kopf gestoßen fühlen.
		<i>Wütendes Kind</i> Intensive, unkontrollierte Wut, in der der Patient andere Menschen angreift oder Sachen beschädigt. Gefühle eines außer Rand und Band geratenen Kindes, das schreit und sich impulsiv gegen einen (vermeintlichen) Gegner wehrt.
	Mangel an Disziplin	<i>Impulsives Kind</i> Handelt impulsiv, um situativ eigene Bedürfnisse zu befriedigen, ohne Rücksicht auf andere Personen oder negative Konsequenzen zu nehmen. Hat Schwierigkeiten, auf kurzfristige Verstärkung zugunsten längerfristiger Ziele zu verzichten.
		<i>Undiszipliniertes Kind</i> Kann sich nicht dazu bringen, Routine- oder langweilige Aufgaben zu erledigen; ist leicht frustriert, gibt schnell auf.
	Glück	<i>Funktionaler Modus des Glücklichen Kindes</i> Ist zufrieden, da die emotionalen Kernbedürfnisse erfüllt sind. Fühlt sich geliebt, mit anderen verbunden, sicher, wertvoll, zuverlässig, kompetent, widerstandsfähig, optimistisch und spontan.
Dysfunktionale Bewältigungsmodi	Unterwerfung	<i>Kapitulation oder bereitwillige Unterwerfung</i> Handelt passiv und unterwürdig, auch wenn dies gegen eigene Interessen verstößt; 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 Schemata durch das eigene Handeln und die Menschen, mit denen Umgang gesucht wird.
	Vermeidung	<i>Distanzierter/vermeidender Beschützer</i> Zieht sich durch emotionale Distanzierung von leidvollen Gefühlen zurück. Beim <i>distanzierten Beschützer</i> erscheinen Emotionen abgestellt, zu anderen Menschen wird kein Kontakt hergestellt, Unterstützung zurückgewiesen, das Handeln wirkt u. U. roboterhaft. Typische Hinweise sind z. B. Depersonalisation, Leere, Langeweile, Substanzmissbrauch, Essanfälle oder soziale Vermeidung. Beim <i>vermeidenden Beschützer</i> steht die Vermeidung herausfordernder oder allgemein sozialer Situationen im Vordergrund.
<i>Distanzierende Selbstberuhigung oder -Stimulation</i> Schaltet Gefühle aus durch Beschäftigung mit Dingen, die beruhigend oder stimulierend wirken; stimulierend sind z. B. Arbeitssucht, Glücksspiel, Substanzgebrauch oder Promiskuität. Beispiele für beruhigende Aktivitäten in diesem Modus sind Computerspiele, übermäßiges Essen, Fernsehen oder Tagträumen.		

Tabelle 2: Fortsetzung

Dysfunktionale Bewältigungsmodi	Überkompensation	<p><i>Narzisstische Selbstüberhöhung</i> Verhält sich kompetitiv, grandios oder missbrauchend, um seine Wünsche zu erfüllen; ausgeprägter Egozentrismus mit wenig Empathie für andere. In diesem Modus wird geprahlt und angegeben, um Bewunderung zu ernten und sich selbst aufzublähen.</p>
		<p><i>Übermäßige Kontrolle</i> Versucht sich vor vermeintlichen Bedrohungen zu schützen durch erhöhte Aufmerksamkeit, Grübeln und extreme Kontrolle. Es lassen sich zwei Subtypen unterscheiden: Bei <i>perfektionistischer Kontrolle</i> liegt der Fokus auf Perfektionismus, um Kritik oder Unglück zu vermeiden. Bei <i>argwöhnischer Kontrolle</i> steht die Wachsamkeit im Vordergrund; andere Menschen und ihr Verhalten werden dauernd auf Indizien für Böswilligkeit hin geprüft.</p>
		<p><i>Suche nach Bestätigung und Aufmerksamkeit</i> Typischer Bewältigungsmodus bei Patienten mit histrionischer Persönlichkeitsstörung. Versucht sich ständig in Szene zu setzen und Aufmerksamkeit zu erhaschen; kann es kaum aushalten, wenn andere im Mittelpunkt stehen, weil dann die eigene Bedeutungslosigkeit schmerzhaft gespürt wird.</p>
		<p><i>Forensische Überkompensationsmodi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>Schikane und Angriff</i> Schädigt andere vorsätzlich verbal, emotional, physisch, sexuell oder durch antisoziale Handlungen mit sadistischen Zügen. Kann Missbrauch überkompensieren oder zu verhindern suchen. – <i>Beutemodus</i> Ist gezielt und kaltblütig aggressiv, um eigene Ziele zu erreichen oder Gegner aus dem Weg zu räumen. Bei forensischen Patienten werden schwere Delikte oft in diesem Modus ausgeführt. – <i>Betrugsmodus</i> Spielt anderen gutes Verhalten vor, um eigene Ziele zu erreichen. Kann in Zusammenhang stehen mit Betrugsdelikten oder Hochstapelei.
Dysfunktionale Elternmodi		<p><i>Strafender Elternteil</i> Internalisierte Stimme von Eltern oder anderen wichtigen kritischen oder missbrauchenden Bezugspersonen, die den Patienten kritisiert und bestraft. Patienten in diesem Modus hassen sich selbst und bestrafen sich für normale Bedürfnisse. Der Tonfall dieses Modus ist hart, kritisch und unversöhnlich. Hinweise sind Selbstverachtung, Selbstkritik, Selbstverletzungen, suizidale Fantasien und andere selbstschädigende Verhaltensweisen. Eine subtilere Variante kann entstehen als Ergebnis schuldinduzierender Muster von Elternfiguren.</p>
		<p><i>Fordernder Elternteil</i> Vertritt extrem hohe Standards und vermittelt das Gefühl, dass es wichtig ist, perfekt zu sein, alles richtig zu machen, einen hohen Status anzustreben, bescheiden zu bleiben, immer effektiv zu sein und die Bedürfnisse anderer vor die eigenen zu stellen. Spontaneität und der Ausdruck eigener Gefühle erscheinen hingegen unzulässig. Kann ausgedrückt werden durch hohe perfektionistische Standards, oder durch eine überkritische Haltung.</p>

Tabelle 2: Fortsetzung

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

Vorteile des Modusmodells

Das Moduskonzept hat den Vorteil, dass der jeweils aktuelle Zustand des Patienten mit etwas Übung relativ leicht eingeordnet und in der Therapie thematisiert werden kann. Wie in Kapitel 4 genauer dargestellt wird, ergeben sich zudem aus den Modi, die an einem Problem beteiligt sind, Interventionsstrategien, die mit dem Patienten gemeinsam genauer geplant und festgelegt werden können. Zudem ist über das Moduskonzept eine Verbindung zwischen den Mustern des Patienten, seiner Biografie und der jeweiligen Symptomatik möglich.

Einsatzbereiche und Vorteile des schematherapeutischen Modusmodells
<ul style="list-style-type: none"> • Erklärt konflikthafte und widersprüchliche Motive und Gefühle des Patienten in einem Modell. • Interventionen lassen sich dem jeweils im Vordergrund stehenden Modus anpassen. • Blockaden in der Behandlung, die durch Vermeidung oder Überkompensation entstehen, können überwunden werden. • Verbindung zwischen überdauernden Mustern des Patienten und dysfunktionalen Verhaltensweisen und Symptomen inkl. Selbstverletzungen, Suizidalität, Impulsivität, Stimmungsschwankungen etc. • Störungsspezifische Modelle bilden typische Muster von Achse-II-Störungen ab.

3 Diagnostik und Indikation

Indikation für Persönlichkeits- und chronische psychische Störungen

Die Schematherapie wurde ursprünglich für Misserfolge („Nonresponder“) in der kognitiven Verhaltenstherapie entwickelt. Dies sind in der Regel Personen mit chronischen und komplexen überdauernden Problemen, die sich nicht auf eine Kernsymptomatik reduzieren lassen, und deren Ursprung in biografischen Erfahrungen des Patienten vermutet werden kann. Damit