

# Schematherapie bei Depressionen

**Samy Egli**  
**Elisabeth Frieß**  
**Patricia Graf**  
**David Höhn**  
**Johannes Kopf-Beck**  
**Martin Ludwig Rein**  
**Amelie Ruderer**  
**Nicole Szesny-Mahlau**  
**Petra Zimmermann**  
**Martin Ekkehard Keck**

Ein Behandlungskonzept für das  
(teil)stationäre Setting

## **Schematherapie bei Depressionen**



**Samy Egli, Elisabeth Frieß, Patricia Graf, David Höhn,  
Johannes Kopf-Beck, Martin Ludwig Rein, Amelie Ruderer,  
Nicole Szesny-Mahlau, Petra Zimmermann, Martin Ekkehard Keck**

# **Schematherapie bei Depressionen**

Ein Behandlungskonzept für das  
(teil)stationäre Setting

**Dr. Samy Egli**, geb. 1976. Seit 2015 Leitender Psychologe am Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München. Supervisor und Dozent in Verhaltenstherapie und Schematherapie in verschiedenen Ausbildungsinstituten und Kliniken.

**PD Dr. med. Elisabeth Frieß**, geb. 1962. Seit 2004 Leitung der Max-Planck-Tagklinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit Therapieschwerpunkt Schematherapie. Supervisorin und Dozentin in Verhaltenstherapie und Schematherapie.

**M.Sc. Patricia Graf**, geb. 1981. Seit 2015 Tätigkeit am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München als Psychologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin. 2018 Approbation.

**Dr. med. David Höhn**, geb. 1976. 2008 Promotion am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München, wissenschaftliche und klinische Tätigkeit dort mit Fokus auf Schematherapie in der Psychiatrie. Dozententätigkeit im Bereich Schematherapie.

**Dr. Johannes Kopf-Beck**, geb. 1983. Seit 2015 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München. Psychologischer Psychotherapeut.

**Dr. Martin Ludwig Rein**, geb. 1977. Seit 2017 Ärztliche Leitung der Psychotherapiestation sowie Privatambulanz am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München. Supervisor für Kognitive Verhaltenstherapie.

**Dr. Amelie Ruderer**, geb. 1983. Seit 2014 Psychologische Psychotherapeutin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München.

**Dr. Nicole Szesny-Mahlau**, geb. 1981. Seit 2015 eigene Praxis für Psychologische Psychotherapie mit Schwerpunkt Schematherapie und Dozententätigkeit. Mitarbeit im Bereich Kindertraumatologie an der Hochschulambulanz der KU Eichstätt.

**Dr. Petra Zimmermann**, geb. 1971. Seit 2015 eigene Praxis für Psychotherapie in München. 2017 Mitgründung des Instituts für Schematherapie München (IST-M).

**Prof. Dr. Dr. Martin Ekkehard Keck**, geb. 1968. Seit 2014 Direktor und Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie in München. [www.martinkeck.info](http://www.martinkeck.info)

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte 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.

#### **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.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG  
Merkelstraße 3  
37085 Göttingen  
Deutschland  
Tel. +49 551 999 50 0  
Fax +49 551 999 50 111  
[verlag@hogrefe.de](mailto:verlag@hogrefe.de)  
[www.hogrefe.de](http://www.hogrefe.de)

Illustrationen: Daniela Wurst (© DanyWurst)  
Satz: Beate Hautsch, Göttingen  
Format: PDF

1. Auflage 2019  
© 2019 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen  
(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2971-7; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2971-8)  
ISBN 978-3-8017-2971-4  
<http://doi.org/10.1026/02971-000>

**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

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Vorwort</b> .....   | <b>7</b>  |
| <b>Kapitel 1: Einführung</b> .....   | <b>9</b>  |
| 1.1 Schematherapie .....   | 9         |
| 1.1.1 Modi und Modicons .....  | 10        |
| 1.1.2 Übergeordnete Ziele .....  | 13        |
| 1.1.3 Die Zielgruppe .....   | 14        |
| 1.1.4 Einzel- und Gruppensitzungen .....   | 14        |
| 1.2 Relevante allgemeine psychotherapeutische Prinzipien .....                                     | 14        |
| 1.3 Aufbau und Struktur des Manuals .....  | 15        |
| <b>Kapitel 2: Diagnostik und Behandlung der Depression</b> .....                                   | <b>17</b> |
| 2.1 Epidemiologie .....  | 17        |
| 2.2 Ätiologie .....  | 17        |
| 2.3 Erscheinungsbild und Diagnostik .....  | 18        |
| 2.4 Behandlung .....   | 18        |
| 2.4.1 Psychotherapie .....   | 19        |
| 2.4.2 Psychopharmakologie .....  | 20        |
| 2.4.3 Weitere Methoden .....   | 20        |
| <b>Kapitel 3: Schematherapie und ihre Evidenz</b> .....  | <b>21</b> |
| 3.1 Schematherapie .....   | 21        |
| 3.1.1 Modell .....   | 21        |
| 3.1.2 Therapieablauf und Techniken .....   | 23        |
| 3.2 Evidenz .....  | 26        |
| 3.3 OPTIMA-Psychotherapie-Studie .....   | 33        |
| <b>Kapitel 4: Schematherapeutisches Interventionsmodell der Depression</b> .....                   | <b>35</b> |
| 4.1 Typ I: Erduldende und vermeidende Anteile stehen im Vordergrund .....                          | 36        |
| 4.2 Typ II: Kontrollierende Anteile stehen im Vordergrund .....                                    | 39        |
| 4.3 Anpassung an den Schweregrad und Kontraindikationen .....                                      | 43        |
| <b>Kapitel 5: Strukturelle Aspekte der Schematherapiegruppen</b> .....                             | <b>45</b> |
| 5.1 Aspekte des Settings .....   | 45        |
| 5.2 Übungen zum Einstieg .....   | 49        |
| 5.3 Übungen zum Ausstieg .....   | 51        |
| 5.4 Emotions- und Bedürfnisorientierung und Abweichung von der Struktur zugunsten des Prozesses .. | 52        |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Kapitel 6: Emotionsfokussierte Gruppe (EFG)</b> .....                                 | <b>56</b> |
| 6.1 Stuhlübung .....   | 56        |
| 6.2 Imaginationsübung .....  | 64        |
| <b>Kapitel 7: Bewusstmachen- und Transfergruppe (BTG)</b> .....                          | <b>69</b> |
| 7.1 BTG-Themen für die Arbeitsphase .....  | 70        |
| 7.2 Beispiel für eine BTG-Sitzung (BTG 2: Vor- und Nachteile der Bewältigungsmodi) ..... | 75        |
| <b>Kapitel 8: Einzelsitzungen</b> .....  | <b>78</b> |
| <b>Kapitel 9: Schwierige Therapiesituationen, Varianten und Techniken</b> .....          | <b>84</b> |
| 9.1 Schwierige Situationen und Abweichungen von der Struktur .....                       | 84        |
| 9.2 Varianten .....  | 86        |
| 9.3 Techniken .....  | 87        |
| <b>Literatur</b> .....   | <b>91</b> |
| <b>Anhang</b>  |           |
| Übersicht über die Materialien auf der CD-ROM .....                                      | 96        |

#### CD-ROM

Die CD-ROM enthält PDF-Dateien aller Materialien, die bei der Durchführung des Therapieprogrammes verwendet werden können. Die PDF-Dateien können mit dem Programm Adobe Acrobat® Reader (vgl. [www.adobe.com/de/reader](http://www.adobe.com/de/reader)) gelesen und ausgedruckt werden



# Vorwort

Ich freue mich, als einer der Supervisoren, die bei der Entwicklung dieses Manuals zur Seite gestanden haben, das Vorwort zu schreiben. Mit diesem Manual schließt sich ein Kreis. Die Schematherapie kehrt zu ihren Anfängen zurück. Jeffrey Young, der Begründer der Schematherapie, war ein enger Mitarbeiter von Aaron Beck an dessen kognitivem Therapieinstitut in Philadelphia, in dem schwerpunktmäßig depressive Patienten behandelt wurden. Er beobachtete, dass eine bestimmte Gruppe von Patienten nicht gut von dem Therapieansatz profitierte. Zum einen gestaltete sich der Beziehungsaufbau schwierig und die Patienten kooperierten nicht oder versuchten, den Prozess und die Therapeuten zu kontrollieren. Kurz: Die für eine erfolgreiche kognitive Therapie tragende Arbeitsbeziehung ließ sich nur schwer aufbauen. Rückblickend würde man sagen: Diese Patienten litten an Persönlichkeitsstörungen oder zumindest -akzentuierungen. Young fragte sich: Wie müssen Therapeuten die Beziehung gestalten und therapeutisch vorgehen, um auch diese Patienten zu erreichen – und entwickelte die Schematherapie (Young, 1990).

Im Weiteren wurde in Studien in den Niederlanden unter der Leitung von Arnoud Arntz die Schematherapie modusorientiert weiterentwickelt und erfolgreich zunächst zur Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen (Giesen-Bloo et al., 2006), später auch bei Patienten mit anderen Persönlichkeitsstörungen eingesetzt (Bamelis, Evers, Spinhoven & Arntz, 2014). Inzwischen gilt die Schematherapie als eine der vier anerkannten Methoden zur Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Was lag näher, als diesen modifizierten Ansatz wieder auf chronisch-depressive Patienten anzuwenden, bei denen die Entwicklung ihren Ausgang nahm? In einer ersten Studie von Carter und Kollegen (2013) wurden im ambulanten Bereich mit einer Schematherapie vergleichbare Ergebnisse wie mit einer kognitiven Verhaltenstherapie erzielt.

Aber wie sieht es im stationären Bereich aus, der zumindest im deutschsprachigen Raum einen wesentlichen Beitrag gerade auch bei der Behandlung schwerer Erkrankter spielt? Das erste stationäre schematherapeutisch ausgerichtete Konzept in Deutschland wurde im Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe (Berlin) etabliert. Inzwischen wurden auch Ergebnisse einer klinischen Studie mit N = 448 Patienten publiziert, bei denen in einer etwas über 4-wöchigen stationären Behandlung gerade im Bereich der depressiven Symptomatik im Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ) starke Effekte (Cohens  $d = 1,001$ ) erzielt werden konnten (Roediger, Dörner & Noyon, 2018). Aufgrund der klinisch guten Ergebnisse wurden inzwischen in einer zunehmenden Anzahl von Kliniken im stationären, aber vor allem auch im teilstationären Bereich, schematherapeutisch ausgerichtete Konzepte etabliert.

Für eine Evidenzbasierung braucht es aber hochwertige Studien, die mit einem großen Aufwand verbunden sind, den viele Versorgungseinrichtungen neben dem Versorgungsalltag kaum zu leisten vermögen. Von daher freue ich mich, dass nun in einer großen randomisiert-kontrollierten Studie auf Basis dieses Manuals die Wirksamkeit stationärer und teilstationärer Schematherapie an depressiven Patienten systematisch untersucht wird. Dabei haben viele Elemente des zunehmend weiterentwickelten Schematherapieansatzes (Young, Klosko & Weishaar, 2003, 2005; Jacob & Arntz, 2015) sowie metakognitive Elemente (Roediger, 2016) Eingang gefunden.

Im anglo-amerikanischen Sprachraum wird noch stark mit dem ursprünglichen Schemamodell gearbeitet, während in den Niederlanden und Deutschland der Schwerpunkt auf dem von den Patienten leichter ange-

nommenen Modusmodell liegt. Das ist besonders in der Behandlung von depressiven Patienten wichtig, die sich dem eingängigen und lebenspraktischen Modusmodell viel leichter öffnen. Auch für den Einsatz in Gruppen bewährt es sich, mit dem zu arbeiten, was alle in der Gruppe sehen können – und das sind die Modi. Zusätzlich wird der biografische Bezug zur Schemaebene vor allem in den Einzelgesprächen hergestellt und dann in der Gruppe genutzt. Es besteht daher die Hoffnung, dass mit den Ergebnissen der geplanten Studie, wie in der Studie von Carter und Kollegen (2013), in der mit dem älteren Modell gearbeitet wurde, eine Wirksamkeit belegt werden kann.

Besonders praktisch finde ich die Differenzierung in zwei Prägnanztypen: die erdulnd-vermeidenden (eher internalisierenden) und die kontrollierenden und nicht selten passiv-aggressiven (eher externalisierenden) Patienten. Eine solche Grundorientierung erleichtert besonders jungen Therapeuten, die ja die Mehrzahl der Behandler in Studien darstellen, die Einschätzung der Patienten und die Behandlungsplanung. Nach einem gelungenen Einstieg in die Arbeit ergibt sich die notwendige Individualisierung und Differenzierung dann im Prozess. Die Fallbeispiele, die genauen Anleitungen und besonders die Transkripte der Sitzungen veranschaulichen die Umsetzung des Konzeptes in der Praxis. Sehr hilfreich finde ich darüber hinaus die Hinweise zu schwierigen Therapiesituationen und Varianten des Vorgehens in Kapitel 9, in denen die praktische Erfahrung der Autoren und deren Flexibilität bei der Anwendung des Modells deutlich werden.

Insgesamt bietet dieses Manual die bisher umfassendste und konkreteste Beschreibung eines stationär-teilstationären Vorgehens mit dem Fokus auf depressive Störungen, in dem naturgemäß die Arbeit in Gruppen eine große Rolle spielt. Der in diesem Buch beschriebene Zugang ist leichter umsetzbar als der anspruchsvolle (wenngleich sehr wirksame) Gruppenschematherapieansatz, wie er von Joan Farrell und Ida Shaw ursprünglich für mehrmonatige ambulante Behandlung in geschlossenen Gruppen entwickelt und später an stationäre Bedingungen adaptiert wurde (Reiss, Farrell & Shaw, 2015). Der einfachere Ansatz ist auch für junge Therapeuten leistbar. Das Konzept ist auf den klinischen Alltag mit immer wieder wechselnden Gruppenzusammensetzungen ausgerichtet und setzt weniger auf die längerfristig tragfähigen Bindungen in der Gruppe, als auf die verbindende Kraft des Modells und Effekte des Übertragungs- bzw. Modelllernens (*vicarious learning*). Dabei wird das Potential der emotionsaktivierenden Techniken wie Imaginationsübungen und Modusdialoge auf Stühlen voll genutzt. Man kann diesem Manual nur eine breite Anwendung wünschen, um den schweren Verläufen, die für die von chronisch-depressiven Störungen betroffenen Patienten sehr belastend sind, wirkungsvoll begegnen zu können sowie der auf diesem Manual basierenden OPTIMA-Studie ([www.optima-studie.de](http://www.optima-studie.de)) einen erfolgreichen Verlauf.

Eckhard Roediger im Mai 2019

Das Autorenteam des vorliegenden Therapiemanuals ermuntert die Leserinnen und Leser, ihm alles mitzuteilen, was hilfreich für sie ist oder noch verbessert werden kann. Kontakt: Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München, [info@psych.mpg.de](mailto:info@psych.mpg.de).

# Kapitel 1

## Einführung

Das vorliegende Manual stellt ein schematherapeutisches Behandlungskonzept von Depressionen im stationären und teilstationären Setting vor. Es beinhaltet sowohl Gruppen- als auch Einzelsitzungen, die konzeptuell und inhaltlich integriert werden können. Das Manual wurde im Rahmen der am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München durchgeführten OPTIMA-Psychotherapie-Studie entwickelt und hat sich zum Ziel gesetzt, psychotherapeutisch arbeitenden Kollegen<sup>1</sup> schematherapeutische Konzepte bei depressiven Störungen und verschiedene Therapietechniken als Leitfaden an die Hand zu geben.

Der grundlegende Behandlungsansatz der Schematherapie ist es, neben der Bewusstmachung auch das Erleben und die Versorgung von Grundbedürfnissen der Patienten mit Depression zu fördern. Dieses Manual gibt den Therapeuten dazu einerseits verschiedene Therapietechniken an die Hand, andererseits soll die Anwendung dieser Techniken über die Gruppen- und Einzelstunden hinweg aus wissenschaftlichen Gründen aber möglichst vergleichbar sein. Dies kann z. B. immer dann in Konkurrenz zueinander stehen, wenn die vorgegebene Struktur der Stunden aufgrund der Tagesverfassung einzelner Patienten bzw. Störungen/Problemaktualisierungen oder Kontextvariablen durchbrochen werden muss.

Die Schematherapie ist derzeit eines der wirksamsten Therapieverfahren bei potenziell krank machenden Persönlichkeitsmerkmalen (Bamelis, Evers, Spinhoven & Arntz, 2014), welche zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer Depression beitragen können.

Laut Leitlinien (DGPPN et al., 2015) beeinflussen Persönlichkeitsstile nachteilig die Wirkung und Wirk-

samkeit von Kurzzeitpsychotherapie, Pharmakotherapie (Newton-Howes, Tyrer & Johnson, 2006) und Elektrokrampftherapie (Sareen et al., 2000) bei depressiven Störungen. Dies betrifft ein verzögertes Ansprechen auf die Therapie, eine geringere Remissionsrate, eine höhere Wahrscheinlichkeit für einen Rückfall bzw. ein Rezidiv sowie eine höhere Wahrscheinlichkeit für eine Chronifizierung.

Die Schematherapie setzt in unseren Augen genau dort an. Sie erweitert die Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie um Elemente psychodynamischer Konzepte und anderer bewährter Therapieverfahren wie beispielsweise der Transaktionsanalyse, der Hypnotherapie und der Gestalttherapie. Insofern kann die Schematherapie eine Alternative zu anderen Therapieformen wie der Verhaltenstherapie vor allem bei chronischen Depressionen mit ausgeprägten Persönlichkeitsstilen sein, oder sie kann diese in der Wirksamkeit z. B. bezüglich Rückfallhäufigkeit ggf. sogar übertreffen. Die Frage zu beantworten, ob dies für eine Behandlung im (teil)stationären Setting zutrifft, und wenn ja für welche Patienten, ist das Ziel der oben erwähnten OPTIMA-Studie ([www.optima-studie.de](http://www.optima-studie.de)).

### 1.1 Schematherapie

In der Schematherapie wird davon ausgegangen, dass in der Kindheit und im Verlauf des Lebens Schemata, d. h. Erlebens- und Verhaltensmuster, erworben werden, die Erinnerungen, Emotionen, Kognitionen und Körperempfindungen beinhalten und das Verhalten so beeinflussen können, dass es zu Symptomen oder einer psychischen Störung kommen kann. Ein sogenanntes *maladaptives Schema* entsteht häufig durch schädliche Kindheitserlebnisse, die auf der Verletzung menschlicher Grundbedürfnisse basieren. Durch das Erkennen der Schemata kann das symptom- oder störungsrelevante Verhalten günstig beeinflusst wer-

<sup>1</sup> Um die Lesbarkeit dieses Manuals zu erleichtern, ist im Text immer von Kollege/n, Therapeut/en, Patient/en etc. die Rede. Selbstverständlich sind Kolleginnen, Therapeutinnen, Patientinnen usw. immer mit eingeschlossen.

den. Wenn die früh im Leben erworbenen Schemata in aktuell belastenden- oder Stresssituationen aktiviert werden, können diese ihrerseits wiederum gewisse Persönlichkeitszustände aktivieren, die das Erleben und Verhalten beeinflussen. Diese Persönlichkeitszustände werden *Modi* (Singular: *Modus*) genannt und beinhalten:

- *Dysfunktionale Modi* (die in Form von kritischen und abwertenden Gedanken auftreten),
- *Kindmodi* (die z. B. in Form von Gefühlen wie Verletzung, Angst oder Wut auftreten),
- *Bewältigungsmodi* (die in Form von Schutzverhalten wie Vermeidung, Unterwerfung oder Überkompensation auftreten) und
- *erwachsene Modi* (die in Form von Flexibilität und funktioneller Befriedigung von Grundbedürfnissen auftreten).

Das Ziel der Schematherapie ist es, die dysfunktionalen Modi zu erkennen und zu begrenzen, die Emotionen und dahinter stehenden Bedürfnisse der Kindmodi wahrzunehmen und zu versorgen, die Bewältigungsmodi weniger starr einzusetzen, und den erwachsenen Modus und damit die funktionale Bedürfnisbefriedigung zu fördern.

### 1.1.1 Modi und Modicons

In diesem Manual werden gewisse Abweichungen von der in der Schematherapie üblichen Terminologie für die Modi vorgeschlagen (vgl. Tab. 1). Zum einen halten wir es für sinnvoll, für den in der Schematherapie ursprünglich als „dysfunktionaler Elternmodus“ benannten Selbstanteil die Bezeichnung „dysfunktionaler Modus“ als Oberbegriff (bzw. „dysfunktional-fordernder“/„dysfunktional-straftender“ Modus/„innerer Forderer/Antreiber/Kritiker/Strafer“) zu benutzen. Dies trägt insbesondere zwei Aspekten Rechnung: erstens der Tatsache, dass sich

bestimmte Schemata auch im Rahmen von Erfahrungen mit anderen Bezugspersonen (z. B. Lehrern oder der Peer-Group im Falle des Schemas „soziale Isolation“) und ohne direkten Bezug zum Elternverhalten entwickeln können. Und zweitens erleichtert die hierdurch auch sprachlich klarer markierte Trennung die Unterscheidung zwischen den Erinnerungen an die realen Elternbilder, wie sie beispielsweise in der Imaginationsübung auftauchen, von den zugehörigen (inneren) Selbstanteilen. Dabei kann und sollte, wo zutreffend, allerdings durchaus immer wieder auf die enge Verwandtschaft dieses Selbstanteils zu dysfunktionalen Anteilen von Elternverhalten Wert gelegt werden.

Zum anderen schlagen wir bezüglich der in der Schematherapie ursprünglich verwendeten Bezeichnung „gesunder Erwachsenenmodus“ (*healthy adult mode*) eine alternative Bezeichnung vor, da insbesondere im psychiatrischen Kontext zurecht die Frage gestellt werden kann, was genau ein „gesunder Erwachsener“ sein soll – es ist ja nicht in erster Linie „Symptomfreiheit“ gemeint. Aus unserer Sicht bietet es sich hier an, den Zusatz „gesund“ wegzulassen und nur noch die Bezeichnung „erwachsener Modus“ (EM) zu verwenden (vgl. Tab. 1). Wesentliche Merkmale dieses Selbstanteils sind die Wahrnehmung und Akzeptanz von Emotionen (Kindmodi) sowie die Begrenzung bzw. Entmachtung dysfunktionaler (Eltern-) Modi. Schließlich schlagen wir vor, statt der Bezeichnung „dysfunktionale Bewältigungsmodi“ nur noch „Bewältigungsmodi“ zu verwenden. Die Bezeichnung als dysfunktional ist insofern irreführend, als dass die Bewältigungsmodi ja gerade durch ihre Funktionalität aufrechterhalten werden. Natürlich haben die Bewältigungsmodi auch Nachteile, aber eben auch Vorteile. Welche Bezeichnung verwendet wird, kann aber auch davon abhängig gemacht werden, welche Präferenzen der Patient hat (vgl. Tab. 1). Grundsätzlich sollte, wann immer möglich, individuellen bzw. idio-

**Tabelle 1:** Übersicht über verwendete Abkürzungen und Terminologie der Modi

| Abkürzung | Bedeutung           | Anteile   |
|-----------|---------------------|---|
| DM        | Dysfunktionale Modi | Fordernde und/oder strafende Anteile (ursprünglich: dysfunktionale Elternmodi)                                    |
| KM        | Kindmodi            | Emotions- und Bedürfnisanteile: glücklich, verletzlich/ängstlich, wütend, undiszipliniert                         |
| BM        | Bewältigungsmodi    | Hauptanteile Vermeidung, Unterwerfung/Erduldung, Überkompensation (ursprünglich: dysfunktionale Bewältigungsmodi) |
| EM        | Erwachsene Modi     | kümmernde (um KM) und/oder begrenzende Anteile (die DM) (ursprünglich: gesunder erwachsener Modus)                |

Tabelle 2: Modicons und Unterformen der Modi


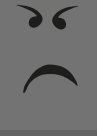

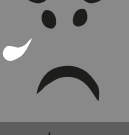


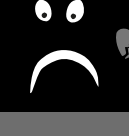

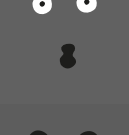
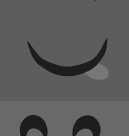





| Modus/Oberbegriff        | Modicon   | Unterform  |
|--------------------------|---|--|
| Dysfunktionale Modi (DM) |    | <b>Strafender Modus</b><br>Bestrafer<br>abwertend, verletzend, beschämend, beschuldigend     |
|                          |    | <b>Fordernder/antreibender Modus</b><br>Kritiker, Bewerter, Forderer, Antreiber              |
|                          |    | <b>Vernachlässigender Modus</b><br>abwesender, nicht verfügbarer, nicht interessierter Modus |
| Kindmodi (KM)            |    | <b>Trauriger Modus</b>   |
|                          |   | <b>Verletzlicher Modus</b>   |
|                          |  | <b>Ängstlicher Modus</b>   |
|                          |  | <b>Verlassener/vernachlässigter Modus</b>  |
|                          |  | <b>Wütender Modus</b><br>ist wütend, da Grundbedürfnisse frustriert werden                   |
|                          |  | <b>Panischer Modus</b>   |
|                          |  | <b>Undisziplinierter/impulsiver Modus</b>  |
|                          |  | <b>Glücklicher Modus</b>   |

Tabelle 2: Fortsetzung

| Modus/Oberbegriff     | Modicon   | Unterform  |
|-----------------------|---|--|
| Bewältigungsmodi (BM) |    | <b>Erstarrter Modus</b><br>unterwerfend  |
|                       |    | <b>Überkompensierender Modus</b><br>Streber, Kämpfer<br>Motto: „Angriff ist die beste Verteidigung.“<br>gegen das Schema ankämpfen, so tun, als wäre das Gegenteil vom Schema wahr, alle anderen übertreffen, besser sein als alle anderen |
|                       |    | <b>Vermeidender Modus</b><br>distanzierter Beschützer, distanzierter Vermeider, distanzierter Selbstberuhiger<br>flüchten, sich distanzieren   |
|                       |    | <b>Erduldender Modus</b><br>sich unterwerfen   |
|                       |  | <b>Verstummter/gehemmter Modus</b><br>unterwerfend oder vermeidend   |
| Erwachsene Modi (EM)  |  | <b>Begrenzender/entmachtender Modus</b><br>(Entmachtung der DM)<br>sich selbst behaupten, sich durchsetzen, Bewältigungsmodi flexibel handhaben  |
|                       |  | <b>Kümmernder/versorgender Modus</b><br>trösten, Emotionen wahrnehmen, Bedürfnisse befriedigen   |

synkratischen Bezeichnungen der Modi durch die Patienten der Vorzug gegeben werden. So werden die besten Lerneffekte erzielt und eine optimale Anpassung des Modells auf den jeweiligen individuellen Fall und das jeweilige individuelle Genesemodell unterstützt.

Bei der therapeutischen Arbeit mit Modi werden häufig sogenannte Modus- oder Stuhldialoge eingesetzt. Die verschiedenen Modi werden dabei unterschiedlichen Stühlen zugeordnet. Der Patient setzt sich, je nachdem welchen Modus er sich gerade vergegenwärtigt oder bewusst macht, auf den passenden Stuhl. Bei der Modusarbeit mit mehreren gleichen Stühlen, umso mehr wenn sie bewegt und verschoben werden, kann es bisweilen verwirrend sein, welcher Modus nun welchem Stuhl zugeordnet ist. Deswegen

wurden die *Modicons* entwickelt. Die Modicons sind möglichst minimalisierte Gesichter, die verschiedenen Modi zugeordnet werden können, wie in der Tabelle 2 aufgeführt. Wichtig ist allerdings auch zu betonen, dass diese Zuordnungen und Benennungen nicht rigide sind. Je individueller die Patienten die Modicons zuordnen und benennen, desto besser. Auch empfinden nicht alle Patienten die Arbeit mit Modicons als hilfreich, weshalb die Verwendung immer angeboten werden kann, aber optional sein sollte.

Die Modicons wurden, wie erwähnt, primär für die Verwendung in den Modusdialogen mithilfe von Stühlen entwickelt, können aber ganz unterschiedlich eingesetzt werden. So z. B. beim Modus-Check als Einstiegsübung in der Gruppe (s. Kap. 5.2 Übungen zum

Einstieg) oder auch für die Durchführung von verdeckten Stuhlübungen (*stealth chair work*) bei Patienten, die sich sonst zunächst nicht auf „klassische“ Stuhlübungen einlassen möchten (einzeln oder innerhalb der Gruppe). Hier kann man zunächst nur „über Modicons sprechen“ und kann den Grad an emotionaler Aktivierung noch etwas feiner regulieren (Modicon vor sich auf dem Boden, Modicon in die Hand nehmen, Modicon auf den Stuhl legen, etc.).

Die Modicons finden Sie auf der beiliegenden CD-ROM zum Ausdruck. Diese können in beliebigen Größen farbig gedruckt und bei Bedarf z.B. auch laminiert werden. Diese Vorlagen können dann an die Stühle geheftet, auf die Stühle gelegt oder in die Hand genommen werden. In einer kleinen Größe ausgedruckt, können sie als „Pocket“-Version für Übungen zwischen den Therapiesitzungen sinnvoll eingesetzt werden. Als hilfreich für die Durchführung hat es sich auch erwiesen, die Modicons in Form von Stuhlkissen aus Filz für die Modusdialoge auf Stühlen zu verwenden. Da die Filzversionen mit einem deutlich stärkeren haptischen Erleben verbunden sind, ist zu vermuten, dass diese einen stärkeren Effekt im Hinblick auf die erlebens- bzw. erfahrungsbasierte Orientierung der Schematherapie haben.<sup>2</sup>

### 1.1.2 Übergeordnete Ziele

Der Patient soll darin unterstützt werden, Strategien zur Befriedigung seiner psychischen Grundbedürfnisse zu finden, die möglichst wenig Nachteile haben. Dies sollte in dem Wissen (das dem Patienten psychoedukativ auch wiederholt vermittelt werden sollte), dass es die eine „richtige, gute“ Strategie ohne Nachteile nicht gibt, geschehen. Dies entspricht einerseits der Realität und entlastet andererseits den Patienten davon, die perfekte Strategie finden zu müssen.

Der Weg dahin geht über eine Problemaktualisierung und motivationale Klärung, in der Emotionen aktiviert werden und so der Zugang zu bzw. die Einsicht in frustrierte psychische Grundbedürfnisse eröffnet wird. Diese *psychischen Grundbedürfnisse* sind in der Schematherapie

- Bindung,
- Autonomie,
- Selbstkontrolle,
- Selbstwert und
- Lust (auch Spontaneität & Spiel).

<sup>2</sup> Modicon-Filzkissen (Stuhlkissen: 40 × 30 cm) können über [danywurst@posteo.de](mailto:danywurst@posteo.de) bezogen werden.

Parallel zu diesem emotionsfokussierten Prozess werden auf der kognitiven Ebene das Erkennen der Erlebens- und Verhaltensmuster (die Schemata und Modi) gefördert und mögliche funktionale Zusammenhänge zu Symptomen und Störungen gemeinsam mit dem Patienten in einem individuellen Krankheitsentstehungsmodell erarbeitet. Als Resultat aus beiden Prozessen wird versucht, alte, maladaptive Bedürfnisbefriedigungsstrategien in neue, adaptivere Strategien (mit weniger Nachteilen und Symptomen als Konsequenz) zu überführen. Ausschlaggebend ist dabei nicht eine restlose Aufgabe aller alten Strategien, sondern vielmehr eine nach Möglichkeit flexible Handhabung alter und neuer Strategien und damit die Erreichung eines neuen Entscheidungsfreiraumes. Es kann ja z.B. durchaus sinnvoll sein, einmal zu flüchten oder mal etwas zu erdulden. Allerdings ist auch bei diesem neuen Entscheidungsfreiraum psychoedukativ zu erwähnen, dass ein Entscheidungsfreiraum mit mehreren Auswahlalternativen und möglichen negativen Konsequenzen, die getragen werden müssen, eben auch Nachteile hat.

Neben dem Finden von möglichst adaptiven Strategien zur Bedürfnisbefriedigung ist es allerdings genauso wichtig, möglichst funktionale Strategien zu erlernen, um mit Bedürfnisfrustrationen umgehen zu können. Schließlich ist es auch in unserer Ontogenese wichtig, einerseits zu lernen, wie wir unsere Bedürfnisse möglichst gut befriedigen, aber eben auch, wie wir damit umgehen, wenn dies nicht geschieht oder wir an Grenzen stoßen, auf die wir in unserem Leben immer mal wieder treffen. In der Schematherapie kommt dies z.B. gut in dem Grundbedürfnis „Selbstkontrolle“ (bzw. der Domäne „Beeinträchtigung im Umgang mit Begrenzungen“, vgl. Tab. 3 in Kap. 3.1.1) zum Ausdruck.

Damit hat der Patient insgesamt ein schematherapeutisches Problemlösemodell an der Hand, das ihm helfen soll, mit weniger Symptomen und einer besseren Grundbedürfnisbefriedigung auf (belastende) Lebenssituationen zu reagieren. Das gemeinsam erarbeitete Störungs- bzw. Krankheitsentstehungsmodell kann dem Patienten zusammen mit dem Problemlösungsmodell zu einem besseren Selbstwelterleben (Verstehen der Gründe vs. Versagen und Schuldgefühle) und zu einem besseren Autonomieerleben (vs. Hilflosigkeit) verhelfen.

Durch die emotionsaktivierenden Verfahren (wie Stuhldialog und Imagination) soll zudem eine gerade in der Depression oft anzutreffende Emotionsvermeidung (s. Kap. 4 Schematherapeutisches Interventionsmodell der Depression) in eine kompetentere Emotionsregulation überführt werden. In den Ter-