

Psychotherapeut

**Elektronischer Sonderdruck für
Gitta A. Jacob**

Ein Service von Springer Medizin

Psychotherapeut 2011 · 56:247–258 · DOI 10.1007/s00278-011-0821-8

© Springer-Verlag 2011

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der
privaten Homepage und Institutssite des Autors

Gitta A. Jacob · Arnoud Arntz

Schematherapie

Psychotherapeut 2011 · 56:247–258
 DOI 10.1007/s00278-011-0821-8
 Online publiziert: 5. Mai 2011
 © Springer-Verlag 2011

Redaktion

T. Fydrich, Berlin
 A. Martin, Erlangen
 W. Schneider, Rostock



**Punkten Sie online auf
 CME.springer.de**

Teilnahmemöglichkeiten

- kostenfrei im Rahmen des jeweiligen Zeitschriftenabonnements
- individuelle Teilnahme durch den Erwerb von CME-Tickets auf CME.springer.de

Zertifizierung

Diese Fortbildungseinheit ist für ärztliche Psychotherapeuten mit 3 CME-Punkten zertifiziert von der Landesärztekammer Hessen und der Nordrheinischen Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung und damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig. Für psychologische Psychotherapeuten ist diese Fortbildungseinheit von der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg akkreditiert.

Hinweis für Leser aus Österreich

Gemäß dem Diplom-Fortbildungs-Programm (DFP) der Österreichischen Ärztekammer werden die auf CME.springer.de erworbenen CME-Punkte hierfür 1:1 als fachspezifische Fortbildung anerkannt.

Kontakt und weitere Informationen

Springer-Verlag GmbH
 Fachzeitschriften Medizin / Psychologie
 CME-Helpdesk, Tiergartenstraße 17
 69121 Heidelberg
 E-Mail: cme@springer.com
 CME.springer.de

Gitta A. Jacob · Arnoud Arntz

Institut für Psychologie, Klinische Psychologie und Psychotherapie,
 Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Schematherapie

Zusammenfassung

Schematherapie ist eine Weiterentwicklung der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT), die insbesondere zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen und anderen chronischen psychischen Störungen eingesetzt wird. Sie zeichnet sich durch eine Integration kognitiver, emotionaler und behavioraler Methoden aus verschiedenen Therapierichtungen aus und legt einen Schwerpunkt auf die Gestaltung der therapeutischen Beziehung. Während im ursprünglichen Ansatz auf dysfunktionale Schemata fokussiert wurde, konzentrieren sich aktuelle Weiterentwicklungen auf die sog. Schemamodi, mit denen verschiedene schemaassoziierte emotionale Zustände beschrieben werden. Dieser Ansatz wird auch zur Formulierung störungsspezifischer Fallkonzepte für Persönlichkeitsstörungen eingesetzt. Für die Borderline-Persönlichkeitsstörung wurde eine gute Wirksamkeit bereits nachgewiesen. Studien zur Wirksamkeit dieses Ansatzes bei anderen Patientengruppen mit chronischen psychischen Erkrankungen sowie zur Anwendung im Gruppensetting werden derzeit durchgeführt. In diesem Beitrag wird ein Überblick zu Fallkonzeptualisierung und Behandlung gegeben, der aktuelle Stand der Forschung dargestellt und offene Fragen sowie Schwierigkeiten des Ansatzes diskutiert.

Schlüsselwörter

Kognitive Verhaltenstherapie · Persönlichkeitsstörungen · Borderline-Persönlichkeitsstörung · Emotion · Affekt

Schema therapy

Abstract

Schema therapy is a cognitive behavioral therapy (CBT) development mainly for the treatment of personality disorders and other chronic mental disorders. It is characterized by an integration of cognitive, emotional and behavioral intervention methods derived from different therapeutic approaches with an emphasis on a specifically supportive therapeutic relationship. The original approach focused mainly on early maladaptive schemas. Current developments, however, concentrate on the concept of schema modes, describing different schema-associated emotional states. The schema mode approach is also used for specific case concepts for personality disorders. Effectiveness of schema therapy has been shown for borderline personality disorder. Current studies investigate the effectiveness of schema therapy for patients with other chronic mental conditions and as a group therapy approach. This paper provides an overview about case conceptualization and treatment, presents main research findings and discusses open questions and problems.

Keywords

Cognitive therapy · Personality disorders · Borderline personality disorder · Emotions · Affect

Die Schematherapie ist eine Weiterentwicklung der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT). Innovative Elemente sind im Wesentlichen die Gleichrangigkeit von emotionsfokussierenden und „klassischen“ KVT-Techniken sowie die Gestaltung der Therapiebeziehung als „limited reparenting“. Dieser Beitrag präsentiert einen Überblick über den „ursprünglichen“ Schemaansatz und eine ausführliche Einführung in den Schemamodusansatz. Weiterhin werden die Fallkonzeptualisierung und die Behandlung vorgestellt. Der Beitrag schließt mit einem Überblick über den aktuellen Stand der Forschung ab. Damit werden dem psychotherapeutisch Tätigen die notwendigen Kenntnisse vermittelt, um die Effektivität und den Behandlungserfolg für eigene Patienten beurteilen zu können.

Grundlagen

Die Schematherapie wurde von Jeffrey Young ursprünglich für Nonresponder auf die „klassische“ kognitive Verhaltenstherapie entwickelt

Schematherapie wurde von Jeffrey Young ursprünglich für Nonresponder auf „klassische“ KVT entwickelt (Young 1994; Young et al. 2008). Sie stellt eine Weiterentwicklung der KVT dar, die zusätzlich zum „klassischen“ KVT-Vorgehen wichtige Konzepte der Bindungstheorie, von humanistischen Therapien (Bedürfnisorientierung), der Tiefenpsychologie (biografische Aspekte bei der Entstehung von Problemen), von „Teileansätzen“ wie der Transaktionsanalyse und von erfahrungsorientierten Methoden wie der Gestalttherapie („Stuhldialoge“ und andere emotionsfokussierte Interventionen) integriert. Insofern greift die Schematherapie auf lang bewährte Methoden und Konzepte verschiedener therapeutischer Ansätze zurück und liegt im aktuellen integrativen Trend. Innovativ sind dabei im Wesentlichen die Gleichrangigkeit insbesondere von emotionsfokussierenden und „klassischen“ KVT-Techniken sowie die Gestaltung der Therapiebeziehung als „limited reparenting“ (Jacob 2012a).

► Schemamodusansatz

Young (1994; Young et al. 2008) konzentrierte sich zunächst auf die Definition von dysfunktionalen Schemata, führte jedoch auch schon den sog. ► **Schemamodusansatz** ein. Mit einer zunehmenden Manualisierung der Behandlung, insbesondere auch zur Durchführung von Psychotherapiestudien bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (PS), konzentrierte sich die Weiterentwicklung des Konzepts zunehmend auf diesen Ansatz (Arntz u. Genderen 2010; Jacob u. Arntz 2011; Roediger u. Jacob 2011).

► „Early maladaptive schemas“

Schemata entstehen, wenn zentrale Grundbedürfnisse in der Kindheit nicht erfüllt werden

Fallkonzeptualisierung

Die beiden zentralen Konzepte der Schematherapie sind die sog. frühen dysfunktionalen Schemata (► **„early maladaptive schemas“**, EMS) sowie die Schemamodi. Early maladaptive schemas werden in der Schematherapie als „stabile und überdauernde Themen, die sich in der Kindheit entwickeln und im Laufe des Lebens weiterentwickeln“ definiert (Young 1994). Young et al. (2008) bestimmten 18 verschiedene Schemata, wobei sie annahmen, dass Schemata dann entstehen, wenn zentrale Grundbedürfnisse in der Kindheit nicht erfüllt werden. Diese 18 Schemata wurden aufgrund klinischer Beobachtungen und Erfahrungen festgelegt und sind nicht empirisch hergeleitet. Young unterteilt sie in 5 „Domänen“, die konzeptuell übergeordnete Faktoren darstellen sollen. Jede Domäne wird wiederum einem spezifischen menschlichen Bedürfnis bzw. einem Cluster menschlicher Bedürfnisse zugeordnet in dem Sinne, dass davon ausgegangen wird, dass sich bei Frustration der entsprechenden Bedürfnisse Schemata dieser Domäne entwickeln. Einen Überblick über Schemata, Domänen und zugeordnete Grundbedürfnisse gibt **Tab. 1**.

► Bewältigung

Ein gegebenes Schema kann zu verschiedenen Verhaltens- und Erlebensphänomenen führen. Young verwendet hierfür den Begriff der ► **Bewältigung** und unterscheidet die 3 Bewältigungsstile der Unterwerfung, der Vermeidung und der Überkompensation. So kann sich ein Patient aufgrund des Schemas „Misstrauen/Missbrauch“ z. B. in einer an sich harmlosen Situation stark bedroht fühlen; in einem anderen Moment jedoch mag er in einem dissoziativen Zustand von Gefühlen völlig distanziert sein. Mit den Gefühlen von Bedrohung wären die „eigentlichen“ schemaassoziierten Emotionen spürbar. Beim dissoziativen Zustand würde von einer vermeidenden Bewältigung gesprochen. Eine andere Person mit demselben Schema würde möglicherweise übermäßig aggressiv in vermeintlichen Bedrohungssituationen reagieren, um sich zu schützen. Dies ließe sich als überkompensierender Bewältigungsstil verstehen.

Die Vielfalt an Schemata und Bewältigungsmöglichkeiten führt insbesondere bei Patienten mit schweren PS, bei denen in der Regel viele maladaptive Schemata diagnostiziert werden können, zu einer übermäßigen und unzweckmäßigen Komplexität der Fallkonzeptualisierung. Zudem liegt bei

Tab. 1 Schemata sensu Young et al. (2008) und ihre Zuordnung zu Schemadomänen sowie (frustrieren) Bedürfnissen

Schemadomäne	Bedürfnisse	Schema
Abgetrenntheit und Ablehnung	Sichere Bindung, Akzeptanz, Versorgung	– Verlassenheit/Instabilität – Misstrauen/Missbrauch – Emotionale Entbehrung – Unzulänglichkeit/Scham – Soziale Isolierung/Entfremdung
Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung	Autonomie, Kompetenz, Identitätsgefühl	– Abhängigkeit/Inkompetenz – Anfälligkeit für Schädigungen und Krankheiten – Verstrickung/unentwickeltes Selbst – Unzulänglichkeit/Versagen
Beeinträchtigung im Umgang mit Begrenzungen	Realistische Grenzen und Selbstkontrolle	– Anspruchshaltung/Grandiosität – Unzureichende Selbstkontrolle/Selbstdisziplin
Fremdbezogenheit	Freiheit im Ausdruck von Bedürfnissen und Emotionen	– Unterwerfung – Selbstaufopferung – Streben nach Zustimmung und Anerkennung
Übertriebene Wachsamkeit und Gehemmtheit	Spontaneität und Spiel	– Negativität/Pessimismus – Emotionale Gehemmtheit – Überhöhte Standards/übertrieben kritische Haltung – Strafneigung

diesen Patienten oft ein stereotypes dominierendes Bewältigungsmuster vor, das mit vielen Schemata verknüpft sein kann, etwa narzisstische Überkompensation bei Patienten mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung (NPS), symptomatisches Verhalten zur Vermeidung von Gefühlen (vermeidende Bewältigung) bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS) oder soziale Vermeidung (vermeidende Bewältigung) bei Patienten mit selbstunsicher vermeidender PS. Dies hat zur Entwicklung des Schemamodusansatzes geführt, der von Young et al. (2008) bereits eingeführt und mittlerweile insbesondere von der Arbeitsgruppe von Prof. A. Arntz (Maastricht, Niederlande) weiterentwickelt wurde.

Als Schemamodi (Überblick in Lobbestael et al. 2007) werden die verschiedenen Zustände bezeichnet, die auftreten können, wenn ein EMS ausgelöst wird. Das Schemamoduskonzept umfasst sowohl einen störungsübergreifenden als auch einen störungsspezifischen Ansatz. Im **► störungsübergreifenden Ansatz** werden 4 Moduskategorien definiert:

1. *Maladaptive Kindmodi*, die sich entwickeln, wenn in der Kindheit wichtige Bedürfnisse, insbesondere Bindungsbedürfnisse, nicht angemessen erfüllt wurden. Kindmodi sind mit intensiven negativen Gefühlen, z. B. große Angst vor Bedrohung oder Verlassenwerden, Hilflosigkeit, Traurigkeit (verletzliche Kindmodi), Wut oder Ärger (wütende Kindmodi) assoziiert.

2. *Dysfunktionale Elternmodi* entsprechen weitgehend dem tiefenpsychologischen Konzept der Introjekte und zeigen sich durch Selbstabwertung, Selbsthass oder extremen Druck auf sich selbst. Es wird davon ausgegangen, dass sie internalisierte negative Annahmen über das Selbst reflektieren, die der Patient in Kindheit und Jugend aufgrund des Verhaltens und der Reaktionen anderer Personen (Eltern, Lehrer, Peers) erworben hat.

3. *Dysfunktionale Bewältigungsmodi* beschreiben einen übermäßigen Einsatz der „Coping“-Stile Vermeidung, Überkompensation oder Unterwerfung.

4. Mit dem *gesunden Erwachsenenmodus* werden adäquates emotionales Erleben und funktionales Erleben sowie Handeln zusammengefasst (entspricht dem psychodynamischen Konzept der gesunden Ich-Funktion).

Die wichtigsten Schemamodi sind in **■ Tab. 2** beschrieben.

Störungsspezifische Moduskonzepte für einzelne PS enthalten jeweils eine Zusammenstellung typischer Modi für diese PS. Am weitesten verbreitet ist bisher das Modell der BPS (Arntz u. Gendren 2010), das einen starken strafenden Elternmodus, einen verlassenen und missbrauchten vulnerablen Kindmodus, einen wütenden und/oder impulsiven Kindmodus sowie einen vermeidenden distanzierten Beschützermodus als Bewältigungsmodus beinhaltet. Bei der BPS wird von einem nur schwachen gesunden Erwachsenenmodus ausgegangen. Die BPS-typischen extremen Gefühle von Verlassenheit, Scham und Angst werden dem vulnerablen Kindmodus zugeordnet, Probleme mit Wut sind mit dem wütenden Kindmodus assoziiert, impulsives BPS-Verhalten wird mit einem im-

► Störungsübergreifender Ansatz

Störungsspezifische Moduskonzepte für einzelne Persönlichkeitsstörungen enthalten jeweils eine Zusammenstellung typischer Modi

Tab. 2 Schemamodi. (Nach Lobbestael et al. 2007)

Kindliche Modi	
<i>Verletzbarkeit</i>	
Verletzbares (einsames) Kind	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 unerfüllt bleiben, fühlt sich der Patient leer, einsam, ungeliebt, wertlos und nichtliebenswürdig
Verlassenes oder missbrauchtes Kind	Erlebt die schweren emotionalen Schmerzen und Verlassenheitsängste von Missbrauch oder Vernachlässigung. Fühlt sich traurig, verängstigt, 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
<i>Ärger</i>	
Ärgerliches Kind	Ist ärgerlich und frustriert, weil emotionale (oder körperliche) Kernbedürfnisse nicht erfüllt werden. Der Ärger wird unangemessen ausgedrückt, z. B. durch unmäßige oder verwöhnte Forderungen, von denen sich andere vor den Kopf gestoßen fühlen
Wütendes Kind	Intensive, unkontrollierte Gefühle von Wut, in denen der Patient andere Menschen verletzt oder Dinge beschädigt. Affekt eines außer Rand und Band geratenen Kindes, das schreit und sich impulsiv gegen einen (vermeintlichen) Gegner wehrt
<i>Mangel an Disziplin</i>	
Impulsives Kind	Handelt impulsiv, um situativ eigene Bedürfnisse zu befriedigen, ohne Rücksicht auf andere Personen oder mögliche negative Konsequenzen. Wirkt oft verwöhnt und hat Schwierigkeiten, auf kurzfristige Verstärkung zugunsten längerfristiger Ziele zu verzichten
Undiszipliniertes Kind	Kann sich nicht dazu bringen, Routine- oder langweilige Aufgaben zu erledigen; ist schnell frustriert, gibt leicht auf
<i>Glück</i>	Ist zufrieden, weil die emotionalen Kernbedürfnisse erfüllt sind. Fühlt sich geliebt, mit anderen verbunden, sicher, wertvoll, zuverlässig, kompetent, widerstandsfähig, anpassungsfähig, optimistisch und spontan
Dysfunktionale Bewältigungsmodi	
<i>Kapitulation oder bereitwilliges Erdulden (Unterordnung)</i>	Handelt passiv und unterwürfig auch gegen eigene Interessen und 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 selbsterstörerische Schemamuster durch das eigene Handeln und die Menschen, mit denen Umgang gesucht wird
<i>Vermeidung</i>	
Distanzierter Beschützer	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, Leere, Langeweile, Substanzmissbrauch, Essanfälle, Selbstverletzungen oder psychosomatische Beschwerden
Distanzierende Selbstberuhigung oder -stimulation	Schaltet Gefühle aus, indem er sich mit Dingen beschäftigt, die besänftigend oder stimulierend wirken, z. B. Arbeitssucht, Glücksspiel, Substanzgebrauch oder Promiskuität. Beispiele für eher besänftigende und beruhigende Aktivitäten in diesem Modus sind Computerspiele, übermäßiges Essen, Fernsehen oder Tagträumen
<i>Überkompensation</i>	
Narzisstische Selbstüberhöhung	Verhält sich, als habe er besondere Rechte, 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
Übermäßige Kontrolle	Versucht, sich vor wahrgenommenen oder realen Bedrohungen zu schützen durch erhöhte Aufmerksamkeit, Grübeln und extreme Kontrolle. Es lassen sich zwei Subtypen unterscheiden: Bei perfektionistischer Kontrolle liegt der Fokus auf Perfektionismus, um Kritik oder Unglück zu vermeiden. Bei argwöhnischer Kontrolle steht die Wachsamkeit im Vordergrund; andere Menschen und ihr Verhalten werden dauernd auf Indizien für Böswilligkeit hin geprüft
Schikane und Angriff	Schädigt andere vorsätzlich verbal, emotional, physisch, sexuell oder durch antisoziale Handlungen mit sadistischen Zügen. Kann Missbrauch überkompensieren oder zu verhindern suchen
Dysfunktionale Elternmodi	
<i>Strafender Elternteil</i>	Internalisierte Elternstimme, die den Patienten kritisiert und bestraft. Patienten in diesem Modus sind auf sich selbst wütend und wollen sich dafür bestrafen, dass sie normale Bedürfnisse haben oder zum Ausdruck bringen. Der Tonfall dieses Modus ist hart, kritisch und unversöhnlich. Hinweise für diesen Modus sind Selbstverachtung, Selbstkritik, Selbstverletzungen, suizidale Fantasien und andere selbstschädigende Verhaltensweisen
<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 unzulässig
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	

pulsiven Kindmodus in Verbindung gebracht. Selbsthass und geringer Selbstwert werden dem strafenden Elternmodus zugeordnet und stehen häufig im Zusammenhang mit traumatischen Kindheitserlebnissen. Der distanzierte Beschützermodus beinhaltet Verhaltensweisen, die die mit Eltern- und Kindmodi assoziierten starken negativen Gefühle wie Leere, Dissoziation, Substanzgebrauch, bulimische Anfälle etc. betäuben. Die BPS-Symptome der Identitätsstörung und der emotionalen Instabili-

tät werden mit dem starken Wechsel zwischen verschiedenen Modi in Verbindung gebracht. Selbstschädigende Verhaltensweisen wie etwa Selbstverletzungen können mit verschiedenen Modi im Zusammenhang stehen – wenn die Patientin Selbstschädigung zur Selbstbestrafung verwendet, ist dies mit dem strafenden Elternmodus assoziiert; wenn sie sich jedoch verletzt, um Emotionen zu reduzieren, erfolgt die Zuordnung der Selbstverletzung zum distanzierten Beschützermodus.

Fallbeispiel Katrin L.

Katrin L. ist eine 29-jährige Patientin mit BPS. Hauptprobleme sind Angst vor dem Alleinsein, wechselhafte Beziehungen, Selbstverletzungen sowie Cannabis- und Alkoholgebrauch bei emotionalen Krisen, meist im Zusammenhang mit Konflikten, und impulsive sexuelle Beziehungen. Katrin L. fühlt sich in der Regel sehr allein und geht deshalb schnell und intensiv Kontakt zu neu kennengelernten Personen ein, was häufig zu raschem sexuellen Kontakt führt. Einerseits wünscht sie engen Kontakt, um nicht allein zu sein, andererseits fühlt sie sich durch den Sex, den sie eigentlich nicht möchte, missbraucht. Sie erträgt ihn mit Gefühlen von Leere und Taubheit. Häufig setzt sie dafür Alkohol ein und schneidet sich hinterher, um Scham und Schuldgefühle zu reduzieren. In solchen Krisen sinkt ihr Funktionsniveau, sie bleibt zu Hause, verbringt den Tag mit Bildschirmaktivitäten, einschließlich impulsivem Onlineshopping, und erscheint nicht zur Arbeit. Dadurch entstehen Folgeprobleme am Arbeitsplatz. Katrin kann ihre eigenen Bedürfnisse meist nicht ausdrücken. Nur in engeren Beziehungen kommt es vor, dass sie ärgerlich wird oder sogar Wutanfälle erlebt, für die sie sich wiederum danach sehr schämt. Katrin wuchs in einer unsicheren und aggressiven familiären Situation auf. Ihr Vater war Alkoholiker und häufig verbal und physisch aggressiv. Die Mutter wagte jedoch nicht, ihn zu verlassen. Im Grundschulalter wurde Katrin jahrelang von ihrem Großvater sexuell missbraucht.

Katrins Gefühle von Verlassenheit, Scham und Schuld werden als verletzlicher, verlassener Kindmodus konzeptualisiert. Die Wutanfälle werden dem ärgerlichen Kindmodus zugeordnet. Selbsthass und Selbstverletzungen zur Selbstbestrafung sowie das subjektive mangelnde Recht auf eigene Bedürfnisse sind mit dem strafenden Elternmodus verbunden. Das Gefühl von Leere und der Gebrauch von Alkohol zur Kontrolle von Gefühlen werden dem distanzierten Beschützermodus zugeordnet. Ihre Unfähigkeit zum Setzen von Grenzen auch im sexuellen Bereich entspricht einer Unterwerfung unter den strafenden Elternmodus und wurde vermutlich im Sinne eines unterwerfenden Copings zusätzlich zum Missbrauch auch von der Mutter modelliert, die sich dem Vater unterwarf.

Weitere störungsspezifische Konzepte liegen mittlerweile für die histrionische, narzisstische, antisoziale, selbstunsicher-vermeidende, dependente, zwanghafte, schizoide und paranoide PS, (Übersicht in Lobbestael et al. 2008) sowie für forensische Patienten (Bernstein et al. 2007) vor. Alle Modelle beinhalten dysfunktionale Kind- und Elternmodi, um die biografische Herkunft der Störung abzubilden. Das für die jeweilige Störung typische Problemverhalten findet sich häufig in den Bewältigungsmodi wieder. So weist das Konzept der NPS einen überkompensierenden Bewältigungsmodus der narzisstischen Selbstüberhöhung oder die selbstunsicher-vermeidende PS einen vermeidenden Beschützermodus auf.

Therapeutisches Vorgehen

Das übergreifende Ziel in der Schematherapie besteht darin, mit dem Patienten zu erarbeiten, welche Bedürfnisse in seiner Biografie nicht erfüllt wurden, wie dysfunktionale Schemata und Modi sich entwickelt haben, wie diese den Patienten gegenwärtig einschränken, und wie eigene Bedürfnisse aktuell angemessener erfüllt werden können. Dazu wird zunächst gemeinsam ein ► **individuelles Modusmodell** erarbeitet, in dem alle Symptome, Probleme und auffälligen interpersonellen Muster zusammengefasst sind. In der folgenden Behandlung werden alle auftretenden Probleme oder Symptome in diesem Moduskonzept konzeptualisiert und behandelt. Das heißt, es wird jeweils erarbeitet, welche Modi bei einem bestimmten Problem beteiligt sind, und dann modusspezifisch interveniert (■ **Infobox 1**). Auch therapiestörende und andere dysfunktionale interpersonelle Muster des Patienten werden so behandelt.

Um diese allgemeinen Ziele zu erreichen, werden sowohl kognitive und behaviorale Interventionen als auch emotionsfokussierende Techniken und eine gezielte Gestaltung der Therapiebeziehung eingesetzt.

► Individuelles Modusmodell

Infobox 1 Moduspezifische Behandlungsziele

Für jeden Modus sind in der Behandlung spezifische Ziele definiert, die mit allen Interventionstypen verfolgt werden:

- Verletzliche Kindmodi werden gefördert, prozessiert, getröstet, Heilung gefördert
- Ärgerliche Kindmodi werden prozessiert, ventiliert, die damit zusammenhängenden Bedürfnisse validiert, angemessener Bedürfnisausdruck geübt
- Dysfunktionale Elternmodi werden infrage gestellt und reduziert
- Bewältigungsmodi werden empathisch konfrontiert, Pro und Kontra abgewogen, reduziert
- Gesunde Modi werden verstärkt und gefördert

Infobox 2 Imaginatives Überschreiben

Beim imaginativen Überschreiben (ImRS) wird der Patient gebeten, sich in seiner inneren Vorstellung in eine schwierige oder traumatische Situation zu begeben. In manchen Ansätzen (z. B. Smucker u. Niederee 1995) wird das Trauma zunächst imaginativ vollständig erlebt. In der Schematherapie wird es allerdings nur so weit vorgestellt, bis die negativen traumaassoziierten Emotionen spürbar sind. In der Folge werden die Bedürfnisse des Patienten in der traumatischen Situation erfragt und imaginativ erfüllt. Dabei kommt entweder die Person des Patienten als Erwachsener (gesunder Erwachsenenmodus) in der imaginierten Situation zu Hilfe, oder eine Hilfsperson, ggf. der Therapeut, übernimmt diese Rolle. Typische ImRS-Szenen beinhalten, dass ein traumatisiertes Kind aus der traumatischen Szene genommen wird, dass der oder die Täter konfrontiert sowie entmachtet werden und in der Folge das Kind Zuwendung, Versorgung und interpersonelle Sicherheit erfährt. Das ImRS unterscheidet sich von der Idee her von „klassischer“ Exposition mit Reaktionsverhinderung, da nicht Habituation das Ziel der Intervention ist, sondern eine emotionale Neubewertung der Stimuli, die das emotionale Problem auslösen. Verschiedene Studien belegen in letzter Zeit eine gute Wirksamkeit von ImRS z. B. bei posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS), Depression und sozialer Phobie (Arntz et al. 2007; Brewin et al. 2009; Wild et al. 2008).

Kognitive Interventionsebene

Auf der kognitiven Interventionsebene werden die Eigenschaften und der **biografische Hintergrund** der Modi erarbeitet und damit zusammenhängende kognitive Verzerrungen korrigiert (z. B. „Ich bin wertlos“ als typische Kognition des strafenden Elternmodus). In diesem Zusammenhang können alle Techniken der kognitiven Therapie eingesetzt werden, wie die Bearbeitung von schwarz-weißen Denkmustern, Analyse von selektiven Aufmerksamkeitsprozessen, Dreispaltentechnik etc.

Verhaltensebene

Auf der Verhaltensebene werden VT-Techniken eingesetzt, um symptomatisches Verhalten zu reduzieren, das häufig (aber nicht immer) mit dysfunktionalen Bewältigungsmodi im Zusammenhang steht. Auch hier ist der Einsatz aller Techniken der KVT geboten. So kann soziales Kompetenztraining zum adäquaten Durchsetzen eigener Bedürfnisse oder „skills training“ zum Ersetzen von selbstschädigendem Verhalten eingesetzt werden. Bei Verhaltensexzessen wie Zwangssymptomen, Substanzmissbrauch oder bulimischen Attacken werden die entsprechenden behavioralen Interventionen eingesetzt und mit emotionalen Techniken kombiniert.

Emotionale Interventionsebene

Die emotionale Interventionsebene stellt einen wichtigen Schwerpunkt der Therapie dar, da davon ausgegangen wird, dass den PS im Kern eine emotionale Problematik zugrunde liegt. Auf dieser Ebene liegt der Fokus auf Kind- und Elternmodi, da diese Modi mit den intensivsten Gefühlen verbunden sind. Wichtige therapeutische Elemente sind hier insbesondere imaginative Techniken, v. a. das sog. imaginative Überschreiben (Imagery Reprocessing and Rescripting, ImRS; Arntz u. Weertman 1999; Smucker u. Niederee 1995; **Infobox 2**) sowie „Stuhldialoge“ oder biografische Rollenspiele, wie sie aus der Gestalttherapie und dem Psychodrama bekannt sind. In emotionalen Interventionen werden problematische Emotionen zunächst aktualisiert, geklärt und prozessiert. Im zweiten Schritt werden sie mit den genannten Techniken aktiv verändert und insbesondere auch positive Emotionen, v. a. sicheres Bindungserleben, induziert.

► Biografischer Hintergrund

Soziales Kompetenztraining oder „skills training“ können eingesetzt werden

Der Fokus liegt auf Kind- und Elternmodi, da diese Modi mit den intensivsten Gefühlen verbunden sind

Gestaltung der Therapiebeziehung

Die Gestaltung der Therapiebeziehung nimmt ebenfalls einen zentralen Stellenwert ein. Da davon ausgegangen wird, dass Patienten mit PS in der Kindheit bezüglich wichtiger Bedürfnisse frustriert wurden, ist das Konzept der begrenzten elterlichen Fürsorge (► „**limited reparenting**“), also der partiellen Erfüllung dieser frustrierten Bedürfnisse in der Therapiebeziehung, handlungsleitend. Der Therapeut ist warm, herzlich, aktiv und als Person spürbar. Er bringt seine eigene Meinung in die Therapie ein, heißt Kindmodi willkommen, begrenzt Elternmodi und modelliert in emotionalen Interventionen den gesunden Erwachsenenmodus (beispielweise durch aktives Eingreifen in den Überschreibungsprozess beim ImRS oder durch Modellieren des gesunden Erwachsenenmodus in Stuhldialogen). Auf Bewältigungsmodi reagiert er mit Empathie; wenn ein Bewältigungsmodus allerdings die Interaktion in dysfunktionaler Weise dominiert (z. B. bei starker narzisstischer oder aggressiver Überkompensation), wird er klar begrenzt. Der Patient soll so Bindungssicherheit und ggf. realistische Grenzen erlernen und den Therapeuten als „gesunden Erwachsenen“ internalisieren.

Ablauf der Therapie

Bezüglich des Ablaufs der Therapie lassen sich nur sehr allgemeine Hinweise geben, da sehr unterschiedliche Patienten mit dem Schemamoduskonzept behandelt werden können. Bei schweren PS wird von einer längeren Therapiedauer von ca. 2 Jahren ausgegangen. Dabei steht in der Regel zunächst die Arbeit mit Bewältigungsmodi im Vordergrund, in deren Rahmen Bewältigungsmodi identifiziert sowie ihre Vor- und Nachteile erörtert werden. Zudem werden Wege gesucht, wie diese Modi in der Therapie, später auch im Leben des Patienten so weit reduziert werden können, dass eine Hinwendung zum Erleben und ein Ausdrücken von Emotionen und Bedürfnissen möglich werden. Im Laufe dieses Prozesses werden Kindmodi erreicht und der Schwerpunkt auf die Heilung dieser Modi insbesondere mit ImRS gelegt. Im Anschluss soll es dem Patienten möglich werden, dysfunktionale Elternmodi zu bekämpfen und ihren emotionalen Einfluss zu reduzieren. Es wird davon ausgegangen, dass diese emotionalen Veränderungen eine notwendige Voraussetzung für anschließende Änderungen auf der Ebene des Verhaltens und der sozialen Interaktion im Sinne der Entwicklung funktionalen Handelns sind. In aller Regel lassen sich die aktuellen Probleme des Patienten, die wie in der KVT auch jeweils den Fokus der Sitzung darstellen, mit den Modi verknüpfen (s. Fallbeispiele).

Interventionsbeispiele Katrin L.

Beispiel 1

Zu Beginn der Therapie fällt es Frau L. sehr schwer, überhaupt ein Anliegen zu benennen, an dem sie arbeiten möchte. Auf die Frage, wie es ihr gehe, antwortet sie stereotyp mit „alles okay“. Dieses Muster wird dem distanzierten Beschützermodus zugeordnet, der sich vor schwierigen Emotionen und einer möglichen Enttäuschung in der Therapiebeziehung schützen möchte. Mit Frau L. wird eine Pro- und Kontraliste zu diesem Modus erstellt. Es wird deutlich, dass sie befürchtet, vom Therapeuten nicht unterstützt oder gar verletzt zu werden, wenn sie Gefühle oder Bedürfnisse berichtet. Zudem fürchtet sie sich vor unkontrollierter Überflutung mit Emotionen (Proargumente des Modus). Auf der Kontraseite steht, dass sie so nicht von der Therapie profitiert und keine positive korrektive Beziehungserfahrung machen kann. Der Therapeut validiert ihre Befürchtungen, betont seine Wertschätzung für ihre Gefühle und Bedürfnisse, verstärkt jede Äußerung in dieser Richtung und bespricht mit ihr Wege, um sich in kleinen Schritten an das Besprechen von Gefühlen und Bedürfnissen heranzutasten.

Beispiel 2

Nach einigen Monaten Therapie kann Frau L. gut berichten, worunter sie gerade am meisten leidet. Sie möchte eine Episode des vergangenen Wochenendes besprechen. Weil eine Freundin eine Verabredung abgesagt hatte, fühlte sie sich völlig verlassen und nahm Kontakt zu einem Exliebhaber auf, mit dem sie (alkoholisiert) Sex hatte. Danach fühlte sie sich schlecht, beschämt und verkatert. In der Therapie wird herausgearbeitet, dass der verlassene Kindmodus nach der Absage durch die Freundin die problematische Episode auslöste. Daher wird dafür eine Imaginationsübung mit „rescripting“ durchgeführt, in der Frau L. imaginativ in eine Situation aus der Kindheit eintritt, in der sie sich von der Mutter verlassen und dem Vater ausgeliefert fühlt. Der Therapeut betritt die imaginierte Szene, weist die Mutter zurecht,

► „Limited reparenting“

Die aktuellen Probleme des Patienten werden in der Therapiesitzung mit den Modi verknüpft

Das Moduskonzept hat sich auch bei Patienten mit höherem Funktionsniveau bewährt

► Emotionsfokussierende Übung

Mit zunehmender Entwicklung des Patienten tritt die Stärkung von Autonomie und Problemlösungskompetenzen in den Vordergrund

Studien zur Validität des Schemamoduskonzepts zeigen eine gute Passung des Faktorenmodells

Es finden sich gute Ergebnisse hinsichtlich Effektivität, Drop-out und Kosteneffektivität

► Gruppensetting

bekämpft den aggressiven Vater und nimmt die Patientin als Kind mit zu sich nach Hause, um ihr Schutz und Sicherheit anzubieten. Die Patientin fühlt sich durch diese Übung gestärkt und bekommt die Hausaufgabe, eine Tonbandaufnahme mit der Übung daheim wiederholt anzuhören.

Viele Kollegen schätzen den Einsatz des Moduskonzeptes mittlerweile auch in der Arbeit mit Patienten mit höherem Funktionsniveau oder sogar in der KVT-Selbsterfahrung, da mit diesem Ansatz auch subtilere Muster gut konzeptualisiert und verändert werden können wie etwa Schwierigkeiten, sich gegenüber bestimmten Anforderungen oder Personen abzugrenzen (Jacob 2012b). In der Arbeit mit diesen Klienten ist in der Regel ein ähnlicher Ablauf sinnvoll, allerdings lässt sie sich ggf. auf wenige Sitzungen verkürzen.

Generell gilt, dass die emotionsfokussierende Arbeit und die Betonung der Moduskonzeptualisierung am Anfang der Behandlung eine zentrale Rolle spielen und mit der Zeit Aspekte der Verhaltensänderung mehr in den Vordergrund rücken. Solange die Arbeit mit dem Moduskonzept im Vordergrund steht, sollte das aktuelle Problem des Patienten identifiziert und im Sinne von Modi konzeptualisiert werden und nach Möglichkeit in jeder Sitzung eine ► **emotionsfokussierende Übung** (Imaginationsübung oder Stuhldialog) durchgeführt werden. Mit zunehmender Therapiedauer geht der Einsatz emotionsfokussierender Übungen oft etwas zurück, die Durchführung behavioraler Interventionen und ggf. die Diskussion von (motivationalen) Veränderungshindernissen treten in den Vordergrund. Dies entspricht auch dem entwicklungspsychologischen Konzept der Schematherapie, nach dem zu Beginn der Therapie v. a. die emotionale „Nachbeleterung“ steht, während mit zunehmender Entwicklung des Patienten die Stärkung von Autonomie und Problemlösungskompetenzen in den Vordergrund tritt.

Stand der Forschung

Die Grundlagenforschung zur Schematherapie konzentriert sich bisher vorwiegend auf psychometrische Validierungsstudien zu Fragebogen zur Diagnostik von Schemata und Schemamodi. Zu verschiedenen Versionen von Schemafragebogen wurde mittlerweile eine Reihe von Studien vorwiegend mit konfirmatorischen Faktorenanalysen durchgeführt. Diese Studien bestätigen teilweise die angenommene Struktur; teilweise werden einige Faktoren nicht gefunden (z. B. Baranoff et al. 2006; Calvete et al. 2005; Hoffart et al. 2005). Eine aktuelle Studie zur faktoriellen Struktur der Schemata und Schemadomänen in der deutschen Übersetzung des Schemafragebogens fand kürzlich keine Belege für die Annahme der Domänen im Sinne von Faktoren zweiter Ordnung (Kriston et al. 2010). Studien zur Validität des Schemamoduskonzepts zeigen bisher eine gute Passung des Faktorenmodells (Lobbstaël et al. 2010; Reiss et al. 2012) und konstrukt-konforme Korrelationen der Faktoren mit anderen Konstrukten. Problematisch ist allerdings, dass die meisten Modi mit bekannten psychopathologischen Aspekten wie Depressivität oder anderen psychiatrischen Symptomen sehr hoch korrelieren, sodass möglicherweise eher unspezifische Faktoren wie Neurotizismus einen großen Teil der Varianz erklären. Aktuelle Studien beschäftigen sich insbesondere auch mit der sehr wichtigen Frage der Reliabilität und Validität der Einschätzung von Schemamodi im Fremd-Rating (Bernstein, persönl. Mitteilung).

Eine Studie hat bisher das BPS-Modus-Modell auch experimentell untersucht. Dabei wurde bestätigt, dass BPS-Patienten auf emotionalen Stress mit einer Verstärkung des distanzierten Beschützermodus reagieren (Arntz et al. 2005). Allerdings sind das Schema- und das Modusmodell aufgrund ihrer hohen Komplexität experimentellen Studien grundsätzlich relativ schwer zugänglich.

Eine Übersicht zum Stand der Therapieforschung geben Bamelis et al. (2011). Die Studie von Giesen-Bloo et al. (2006) stellt die erste große randomisierte kontrollierte Studie („randomized controlled trial“, RCT) zur Wirksamkeit der Schematherapie bei BPS dar. Die Befunde zu einer dreijährigen Behandlung mit durchschnittlich 2 Sitzungen/Woche zeigen im Vergleich zur übertragungsfokussierten Therapie sensu Kernberg sehr gute Effekte sowie signifikant bessere Ergebnisse hinsichtlich Effektivität, Drop-out und Kosteneffektivität (Asselt et al. 2008). In einer Folgestudie, bei der Schematherapie in einem Versorgungssetting untersucht wurde und die Therapiedauer nur noch 2 Jahre betrug, ergaben sich vergleichbar gute Effekte (Nadort et al. 2009).

Aufgrund der Betonung von interpersonellem und Bindungslernen gerade bei BPS bietet sich eine Anwendung des Ansatzes im ► **Gruppensetting** an (Farrell u. Shaw 2011). Eine erste RCT zur Schematherapie bei BPS im Gruppensetting belegte sehr gute Ergebnisse nach nur 8-monatiger Be-

handlungsdauer (Farrell et al. 2009). Daher werden Effektivität und Kosten-Nutzen-Verhältnis von Schematherapie im ambulanten Gruppensetting bei BPS aktuell in einem großen internationalen RCT¹ untersucht.

Zudem wurde in den letzten Jahren ein RCT zur Schematherapie bei Patienten mit **Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen** durchgeführt. Darin zeigen sich ein geringerer Drop-out in der Schematherapiebedingung und insgesamt gute Effektstärken, die jedoch nicht das Ausmaß der Effekte in Studien zur Behandlung von BPS erreicht (Arntz 2012). Ein weiterer RCT wird aktuell mit forensischen Patienten durchgeführt, dessen erste Zwischenergebnisse ermutigend sind (Bernstein 2010). Zudem werden aktuell Pilot- und Machbarkeitsstudien mit anderen Patientengruppen durchgeführt, z. B. bei Patienten mit Essstörungen (Simpson et al. 2010) und bei therapieresistenten Zwängen (Knauß et al. 2012).

Diskussion

In diesem Beitrag wurde der Ansatz nach dem Schemamoduskonzept vorgestellt, der von Young et al. (2008) eingeführt und seitdem v. a. von den Arbeitsgruppen von A. Arntz und D. Bernstein (Universität Maastricht) weiterentwickelt wurde. Im Unterschied zum ursprünglichen Schemaansatz lässt dieser Ansatz auch störungsspezifische Konzepte zu. Zudem lassen sich nach Zuordnung einer bestimmten Problematik oder Symptomatik zum entsprechenden Schemamodus emotionsfokussierende Interventionen gezielt planen und steuern. Daher ist dies auch der Ansatz der Wahl für alle bisher durchgeführten RCT. Schematherapie wird aktuell als Therapie mit Einsatzmöglichkeiten bei einem sehr breiten Patientenkreis rezipiert. Dementsprechend vielfältig sind aktuelle klinische Entwicklungen (s. dazu die Beiträge in Roediger u. Jacob 2011). Allerdings ist dies auch der generell kritische Aspekt der Schematherapie. Vor allem hinsichtlich der Validität der Vielzahl von Schemata und der verschiedenen Modi sowie deren Unterscheidung liegen wenig belastbare empirische Forschungsbefunde vor. Laufende und zukünftige Studien müssen hier spezifischer werden, um relevante Informationen zu diesen Fragen liefern zu können. Hinsichtlich der Psychotherapieforschung ist dabei die Frage zentral, bei welchen Patienten mit welchen Störungen die Wirksamkeit der Schematherapie über die bereits etablierter Ansätze hinausgeht. Katamnestiche Verlaufsstudien sind zudem notwendig, um die Stabilität von Effekten zu testen.

In der klinischen Weiterbildungs- und Supervisionspraxis lässt sich aktuell teilweise ein wenig reflektierter oder eher vage begründeter Einsatz des Schemakonzepts beobachten. Elementar für die adhärenzte Anwendung der Schematherapie ist jedoch eine gründliche Ausbildung in diesem Ansatz, die eine Beherrschung klassischer KVT-Methoden voraussetzt und die insbesondere ein intensives Üben der Fallkonzeptualisierung und Therapieplanung sowie des gezielten Einsatzes emotionsfokussierender Interventionen beinhaltet. Diese müssen denselben Kriterien genügen wie die entsprechenden Elemente einer klassischen KVT: Der Einsatz emotionsfokussierender Emotionen muss aus der Problematik des Patienten und den Therapiezielen begründet (und mit dem Patienten transparent besprochen) werden; die therapeutischen Effekte sind im Verlauf kritisch zu überprüfen. Wenn Symptome vorliegen, bei denen in der Regel ein verhaltenstherapeutisches Vorgehen indiziert ist, etwa Zwangssymptome, müssen diese in der Fallkonzeptualisierung einen zentralen Platz einnehmen (etwa als distanzierter Beschützermodus, wenn die Zwänge die Funktion der Emotionsvermeidung haben). In der Behandlungsplanung müssen in diesem Fall störungsspezifische Methoden (z. B. Exposition mit Reaktionsverhinderung) einen zentralen Stellenwert einnehmen, etwa nachdem mit dem Patienten die Funktionalität und biografische Entstehung des Modus geklärt wurde. Dies wäre zu kombinieren mit emotionsfokussierenden Methoden (z. B. Imaginationsübung zur Behandlung der negativen Gefühle, die während der Expositionsübung induziert werden). Eine Beschränkung auf emotionsfokussierende Interventionen zur Behandlung des Modus müsste jedoch als Behandlungsfehler betrachtet werden. Insofern ist die Schematherapie als **Ergänzung** und Erweiterung der KVT zu betrachten, keinesfalls jedoch als ein Ersatz.

Durch die zunehmende Zahl störungsspezifischer Ansätze hat sich das Moduskonzept in den letzten Jahren ausdifferenziert. Die Frage, welches Ausmaß an Differenzierung sinnvoll, valide und reliabel ist, wird weiterhin auch empirisch zu klären sein. Zudem verlassen sich Studien zur Erfassung von

► Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen

Schematherapie wird aktuell als Therapie mit Einsatzmöglichkeiten bei einem sehr breiten Patientenkreis rezipiert

► Ergänzung der kognitiven Verhaltenstherapie

¹ Unter Leitung von A. Arntz und J. Farrell; in Deutschland in den Zentren Freiburg (G. Jacob), Hamburg (G. Zarbock) und Lübeck (U. Schweiger), gefördert von der Else Kröner-Fresenius-Stiftung.

(Emotionsfokussierende) Interventionen bei komplexen Störungen können gut operationalisiert und gesteuert werden

Schemata und Modi bisher weitgehend auf Selbstberichte und Fragebogendaten; Studien zur wichtigen Frage des Fremd-Ratings von Schemamodi und ihre Veränderung durch Therapie sind darüber hinaus im Hinblick auf die Validität des Ansatzes wichtig und werden aktuell insbesondere in der Arbeitsgruppe von D. Bernstein durchgeführt.

Ein großer Vorteil des Schemamodusansatzes besteht darin, dass damit (emotionsfokussierende) Interventionen bei komplexen Störungen gut operationalisiert und gesteuert werden können. Die Nützlichkeit dieses gesteuerten Vorgehens muss jedoch noch besser empirisch belegt werden. Darüber hinaus finden sich immer wieder Meinungsverschiedenheiten zwischen Psychotherapeuten bezüglich der Gestaltung emotionsfokussierender Interventionen (z. B. Einsatz von imaginierter Rache, Einsatz des Therapeuten beim imaginativen Überschreiben) sowie zur Gestaltung der Therapiebeziehung, die v. a. empirisch geklärt werden sollten.

Fazit für die Praxis

Der Schemamodusansatz wurde insbesondere für Patienten mit PS und anderen komplexen chronischen Problemen entwickelt. Probleme und Symptome des Patienten werden verschiedenen Schemamodi zugeordnet, die sich insbesondere in ihrem affektiven Charakter unterscheiden. Jedem Modus sind spezifische Veränderungsziele zugeordnet, die insbesondere für emotionsfokussierende Interventionen, die einen zentralen Stellenwert einnehmen, eine klare Handlungsanweisung geben. Damit stellt die Schematherapie eine Weiterentwicklung der KVT dar, die Kernelemente der KVT wie eine transparente und störungsspezifische Fallkonzeptualisierung und Interventionsplanung um emotionsfokussierende Techniken und eine intensive Gestaltung der Therapiebeziehung erweitert. Bisherige Studien zeigen eine gute Wirksamkeit bei der BPS; zu weiteren PS und chronischen Achse-I-Störungen laufen aktuell Pilot- und Effektivitätsstudien.

Korrespondenzadresse

Dr. phil. Gitta A. Jacob Dipl.-Psych.

Institut für Psychologie, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Engelbergerstr. 41, 79085 Freiburg
gitta.jacob@psychologie.uni-freiburg.de

Interessenkonflikt. Keine Angaben

Literatur

- Arntz A, Genderen H van (2010) Schematherapie für Borderline-Persönlichkeitsstörung. Beltz, Weinheim
- Arntz A, Weertman A (1999) Treatment of childhood memories: theory and practice. *Behav Res Ther* 37:715–740
- Arntz A (2012) Schematherapie für Cluster C-Persönlichkeitsstörungen. *Z Psychol Psychother Psychiatr* (im Druck)
- Arntz A, Klokman J, Sieswerda S (2005) An experimental test of the schema mode model of borderline personality disorder. *J Behav Ther Exp Psychol* 36:226–239
- Arntz A, Tiesema M, Kindt M (2007) Treatment of PTSD: a comparison of imaginal exposure with and without imagery rescripting. *J Behav Ther Exp Psychol* 38:345–370
- Bamelis L, Giesen-Bloo J, Bernstein D, Arntz A (2011) Effektivitätsstudien zur Schematherapie. In: Roediger E, Jacob G (Hrsg) Fortschritte der Schematherapie. Konzepte und Anwendungen. Hogrefe, Göttingen, S 86–103
- Baranoff J, Oei TPS, Cho SH, Kwon SM (2006) Factor structure and internal consistency of the Young Schema Questionnaire (Short Form) in Korean and Australian samples. *J Affect Disord* 93:133–140
- Bernstein D (2010) Treating the untreatable: schema therapy for psychopathic and non-psychopathic forensic patients with personality disorders. Keynote at the third meeting of the International Society of Schema Therapy ISST, Berlin
- Bernstein DP, Arntz A, Vos M de (2007) Schema focused therapy in forensic settings: theoretical model and recommendations for best clinical practice. *Int J Forensic Ment Health* 6:169–183
- Brewin CR, Wheatley J, Patel T et al (2009) Imagery rescripting as a brief stand-alone treatment for depressed patients with intrusive memories. *Behav Res Ther* 47:569–576
- Calvete E, Estevez A, Lopez Arroyabe E de, Ruiz P (2005) The Schema Questionnaire – Short Form: structure and relationship with automatic thoughts and symptoms of affective disorders. *Eur J Psychol Assess* 21:90–99
- Farrell J, Shaw I (2011) Schematherapie-Gruppen für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung: Das Beste aus zwei Welten der Gruppen-Psychotherapie. In: Roediger E, Jacob G (Hrsg) Fortschritte der Schematherapie. Konzepte und Anwendungen. Hogrefe, Göttingen, S 235–258
- Farrell J, Shaw I, Webber M (2009) A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *J Behav Ther Exp Psychol* 40:317–328
- Giesen-Bloo J, Dyck R van, Spinhoven P et al (2006) Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder. Randomized trial of schema-focused therapy versus transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 63:649–658

- Hoffart A, Sexton H, Hedley LM et al (2005) The structure of maladaptive schema: a confirmatory factor analysis and a psychometric evaluation of factor-derived scale. *Cognit Ther Res* 29:627–644
- Jacob G, Arntz A (2011) Schematherapie in der Praxis. Beltz, Weinheim
- Jacob GA (2012a) Was ist innovativ an der Schematherapie? *Z Psychiatr Psychol Psychother* (im Druck)
- Jacob GA (2012b) The schema mode model in personal therapy. In: Vreeswijk M van, Broersen J, Nadort M (Hrsg) *Handbook of schema therapy: theory, research and practice*. Wiley, Sussex (im Druck)
- Knauß EN, Stelzer N, Jacob GA (2012). Treating obsessive-compulsive disorder with the schema mode model. In: Vreeswijk M van, Broersen J, Nadort M (Hrsg) *Handbook of schema therapy: theory, research and practice*. Wiley, Sussex (im Druck)
- Kriston L, Schäfer J, Härter M, Hölzel L (2010) All the same? Factorial structure of the Young Schema Questionnaire – Short Form 3 (YSQ-S3). Poster presentation at the 3rd Meeting of the International Society of Schema Therapy, Berlin
- Lobbestael J, Vreeswijk M van, Arntz A (2007) Shedding light on schema modes: a clarification of the mode concept and its current research status. *Neth J Psychol* 63:76–85
- Lobbestael J, Vreeswijk M van, Arntz A (2008) An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behav Res Ther* 46:854–860
- Lobbestael J, Vreeswijk M van, Spinhoven P et al (2010) The reliability and validity of the short Schema Mode Inventory. *Behav Cogn Psychother* 38:437–458
- Nadort M, Arntz A, Smit JH et al (2009) Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside of office hours: a randomized trial. *Behav Res Ther* 47:961–973
- Reiss N, Dominiak P, Harris D et al (2012) Reliability and validity of the german version of the schema mode inventory (SMI). *Eur J Psychol Assess* (eingereicht)
- Roediger E, Jacob G (2011) *Fortschritte der Schematherapie. Konzepte und Anwendungen*. Hogrefe, Göttingen
- Simpson SG, Morrow E, Vreeswijk M van, Reid C (2010) Group schema therapy for eating disorders: a pilot study. *Front Psychol* 1, doi 10.3389/fpsyg.2010.00182
- Smucker M, Niederee J (1995) Treating incest-related PTSD and pathogenic schemas through imaginal exposure and rescripting. *Cogn Behav Pract* 2:63–92
- Asselt AD van, Dirksen CD, Arntz A et al (2008) Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder: cost-effectiveness of schema-focused therapy v. transference-focused psychotherapy. *Br J Psychiatry* 192:450–457
- Wild J, Hackmann A, Clark DM (2008) Rescripting early memories linked to negative images in social phobia: A pilot study. *Behav Ther* 39:47–56
- Young JE (1994) *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach*. Professional Resource, Sarasota FL
- Young JE, Klosko S, Weishaar ME (2008) *Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch*. Junfermann, Paderborn

CME-Fragebogen

Bitte beachten Sie:

- Antwortmöglichkeit nur online unter: CME.springer.de
- Die Frage-Antwort-Kombinationen werden online individuell zusammengestellt.
- Es ist immer nur eine Antwort möglich.

Der schematherapeutische Modusansatz ist insbesondere geeignet für ...

- Patienten mit Panikstörung.
- Patienten mit komplizierter Trauerreaktion.
- Patienten mit Schizophrenie.
- Patienten mit Persönlichkeitsstörungen.
- Patienten mit bipolarer affektiver Erkrankung.

Dysfunktionale Bewältigungsmodi werden in der Therapiebeziehung ...

- immer unterbunden.
- validiert und getröstet.
- maximal verstärkt.
- empathisch konfrontiert.
- nach Möglichkeit ignoriert.

Beim Auftreten von vulnerablen Kindmodi sind folgende Interventionen zentral:

- Validierung, Verstärkung und Trösten der intensiven Gefühle.
- Emotionsregulation, um mit negativen Gefühlen besser zurechtzukommen.
- Kognitive Umstrukturierung.
- Dialoge mit dem Elternmodus.
- Paradoxe Interventionen.

Strafende Elternmodi sollen in der Schematherapie ...

- validiert werden.
- abgeschwächt werden.
- ignoriert werden.
- imitiert werden.
- in das Selbstkonzept der Patienten integriert werden.

Bei ausgeprägter narzisstischer oder aggressiver Überkompensation ist es im schematherapeutischen Modell wichtig, dass ...

- der Therapeut die Überkompensation so vorsichtig wie möglich anspricht.
- der Therapeut den Patienten empathisch, aber bestimmt mit dem Überkompensationsmodus konfrontiert.
- der Therapeut ebenfalls mit Überkompensation reagiert.
- der Therapeut den Patienten zu Beginn der Therapie „narzisstisch füttert“.
- der Therapeut die Überkompensation nach Möglichkeit ignoriert.

Die Therapiebeziehung ist in der Schematherapie ...

- als Trainer- oder Coach-Beziehungsangebot konzeptualisiert.
- eher unerheblich.
- nur dann wichtig, wenn der Patient keine Eltern mehr hat.
- charakterisiert mit dem Konzept des „begrenzten Nachbar-elterns“.
- primär gekennzeichnet durch „pronounced limit setting“.

In der Therapiebeziehung auftretende Probleme ...

- sollten zur sofortigen Inanspruchnahme von Supervision führen.
- können als Beispiel für die Wirkung von Schemamodi in der Interaktion konzeptualisiert werden.

- liegen immer am strafenden Elternmodus des Patienten.
- sind in der Schematherapie extrem selten.
- stehen meist im Zusammenhang mit einem vulnerablen Kindmodus.

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist charakterisiert durch die Modi ...

- missbrauchtes Kind, Schikane und Angriff, distanzierter Beschützer, fordernden Elternteil.
- missbrauchtes oder verlassenes Kind, Schikane und Angriff, distanzierter Beschützer.
- einsames Kind, Selbstüberhöhung, Schikane und Angriff.
- missbrauchtes oder verlassenes Kind, ärgerliches Kind, strafender Elternteil, distanzierter Beschützer.
- ärgerliches Kind, strafender Elternteil, Schikane und Angriff.

In aktuell laufenden Studien wird die Anwendung der Schematherapie bei folgenden Störungen geprüft:

- Forensische Patienten, Cluster-C-Patienten, chronische Achse-I-Störungen.
- Panikstörung, Burn-out, Anpassungsstörung.
- Hirnorganische Störung, Schlaganfälle.
- Schizophrene Störungen.
- Wahnhafte Störung und Schizotypie.

Psychometrische Validierungsstudien zeigen folgende Ergebnisse:

- Die angenommene faktorielle Struktur der Schemata und Schemadomänen ist empirisch nachweisbar.
- Die angenommene faktorielle Struktur der Schemata und Schemadomänen ist nicht vollständig nachweisbar.
- Es wurden keine psychometrischen Validierungsstudien durchgeführt.
- Schemamodi sind unabhängig von bekannten psychopathologischen Aspekten wie Depressivität oder anderen psychiatrischen Symptomen.
- Die Aktivierung von Schemamodi konnte in Bildgebungsstudien nachgewiesen werden.

Diese Fortbildungseinheit ist 12 Monate auf CME.springer.de verfügbar. Den genauen Einsendeschluss erfahren Sie unter CME.springer.de



Mitmachen, weiterbilden und CME-Punkte sichern durch die Beantwortung der Fragen im Internet unter CME.springer.de