Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Medizinische Fakultät

Schematherapie bei emotional-gehemmten, vermeidenden Patient*innen

Dr. med. Eva Faßbinder

Forschungsgruppe Psychotherapie-Forschung

Zentrum für Integrative Psychiatrie, Kiel

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

eva.fassbinder@uksh.de

Zentrum für Integrative Psychiatrie

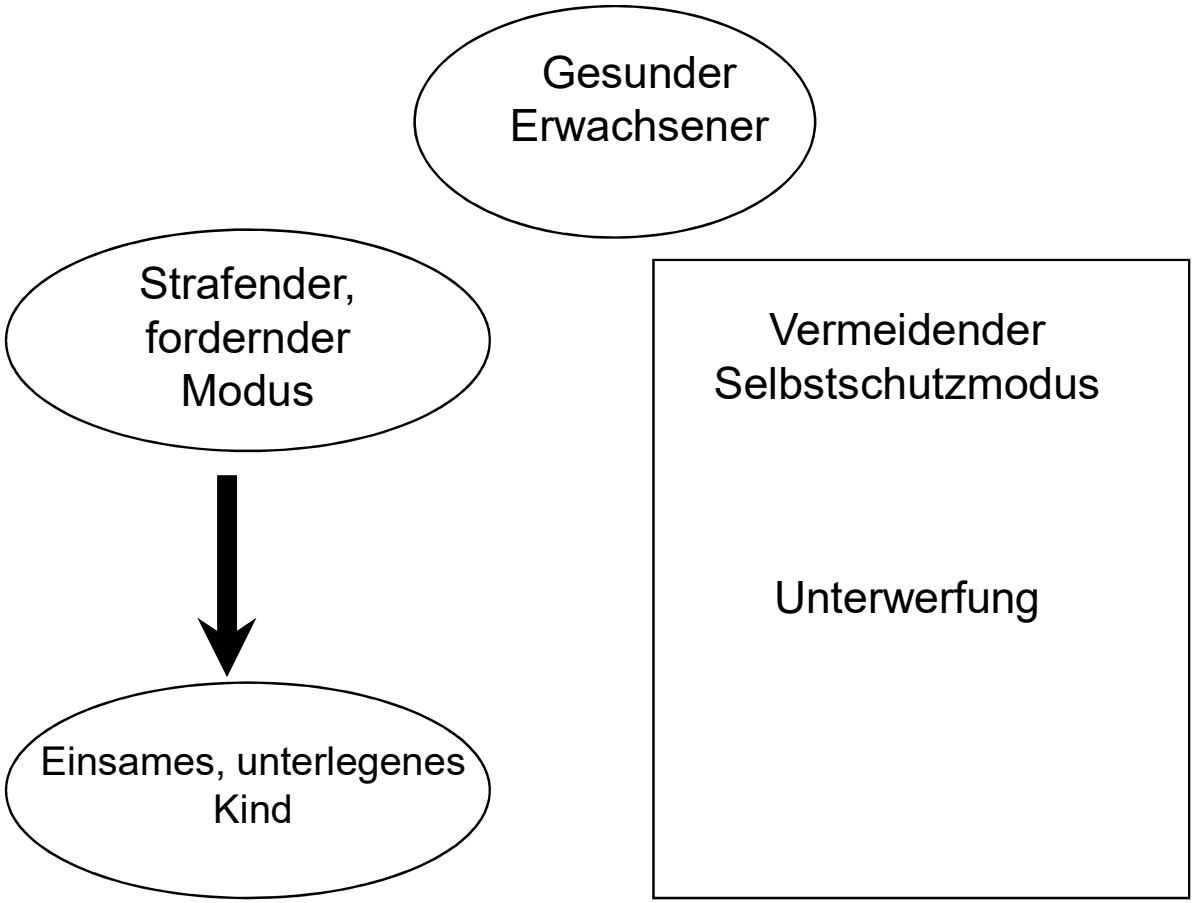
Warum ST bei gehemmten, vermeidenden Patient*innen?

- Häufigkeit
- Häufig übersehen bzw. als nicht so schwer eingeschätzt
- Überdauernde, oft sehr rigide Bewältigungsmechanismen im Umgang mit Angst und Scham
- Erhebliche Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus

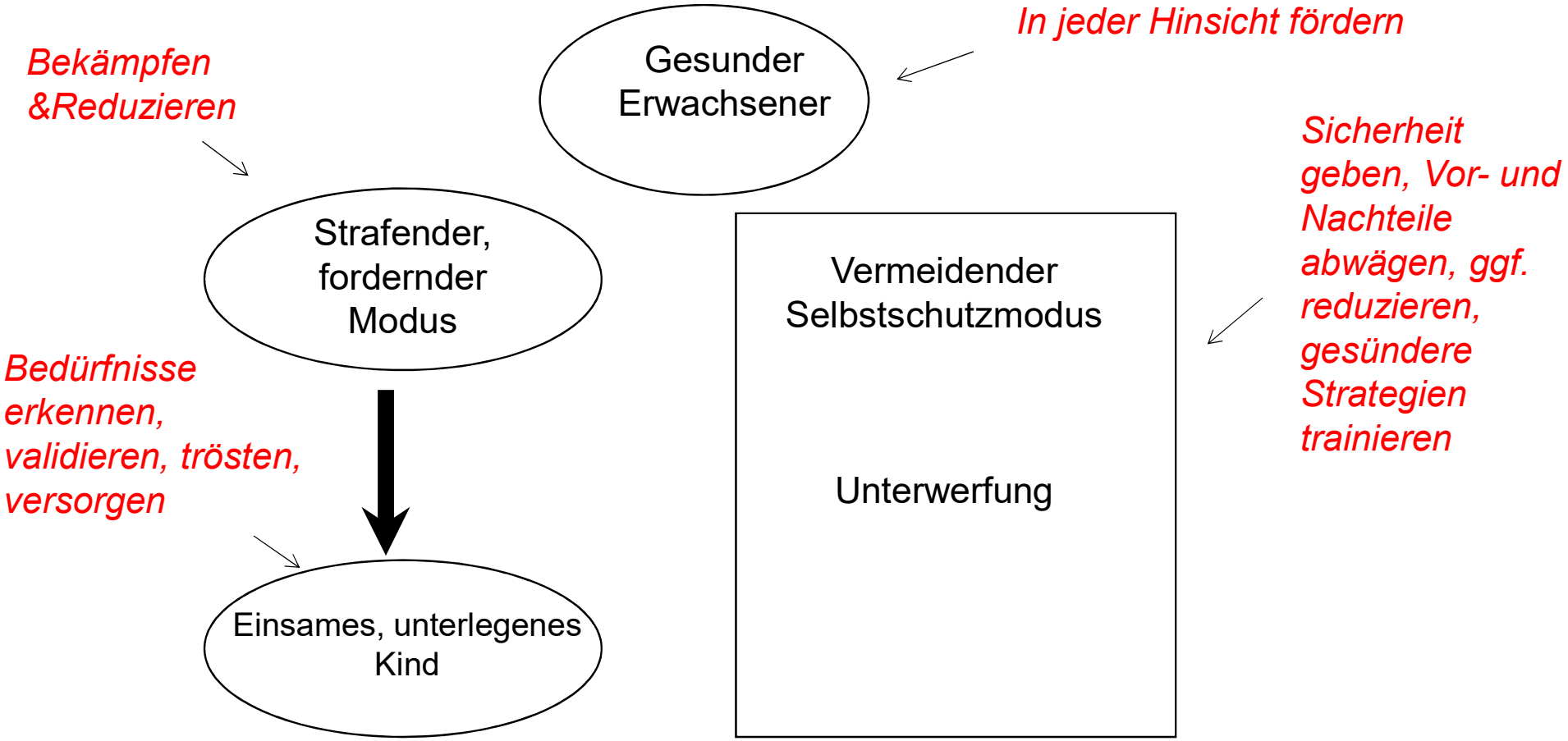
Kennzeichen ängstlich-vermeidender Pateint*innen

- Tiefe Scham- und Insuffizienzgefühle
- Soziale und emotionale Gehemmtheit
- Wunsch nach Akzeptanz und emotionaler Nähe
- Angst vor Ablehnung in sozialen Kontakten, Überempfindlichkeit gegenüber negativer Beurteilung
- Vermeidung als übergreifendes Bewältigungsmuster

Modusmodell bei ängstlich-vermeidenden Pateint*innen



Modusspezifische Ziele in der Schematherapie



„Roter Faden“ durch die Schematherapie

1. Fallkonzept erstellen

2. Bewältigungsmodi reduzieren

3. Kindmodi heilen, Elternmodi begrenzen

4. Autonomie stärken: Stärkung des Gesunden Erwachsenenmodus mit besonderem Fokus auf Verhaltensveränderung in der Gegenwart

Modusmodell Herr W.

Botschaften des Vaters, Mitschüler

„Großer Frank“
Kommt zur Therapie, Job, Steffen

„Der Abwerter“
„Du bist zu allem zu blöd!“
„Du bist einfach nur peinlich“

Grundbedürfnisse wurden nicht erfüllt

„Kleiner, einsamer Frank“
ängstlich, unsicher, traurig, einsam

„Die Mauer“
- andere auf Abstand halten
- Wenig sagen
- Wenig von sich preisgeben
- sozialer Rückzug
- Computerspielen, TV schauen

Bewältigungsstrategie, um weniger Angriffsfläche zu bieten

Modusspezifische Ziele der Schematherapie

Bekämpfen &Reduzieren

„Großer Frank“
Kommt zur Therapie, Job, Steffen

In jeder Hinsicht fördern

„Der Abwerter“
„Du bist zu allem zu blöd!“
„Du bist einfach nur peinlich“

Ängste nehmen, Trösten, Validieren, Interesse zeigen, Versorgen

„Kleiner, einsamer Frank“
ängstlich, unsicher, traurig, einsam

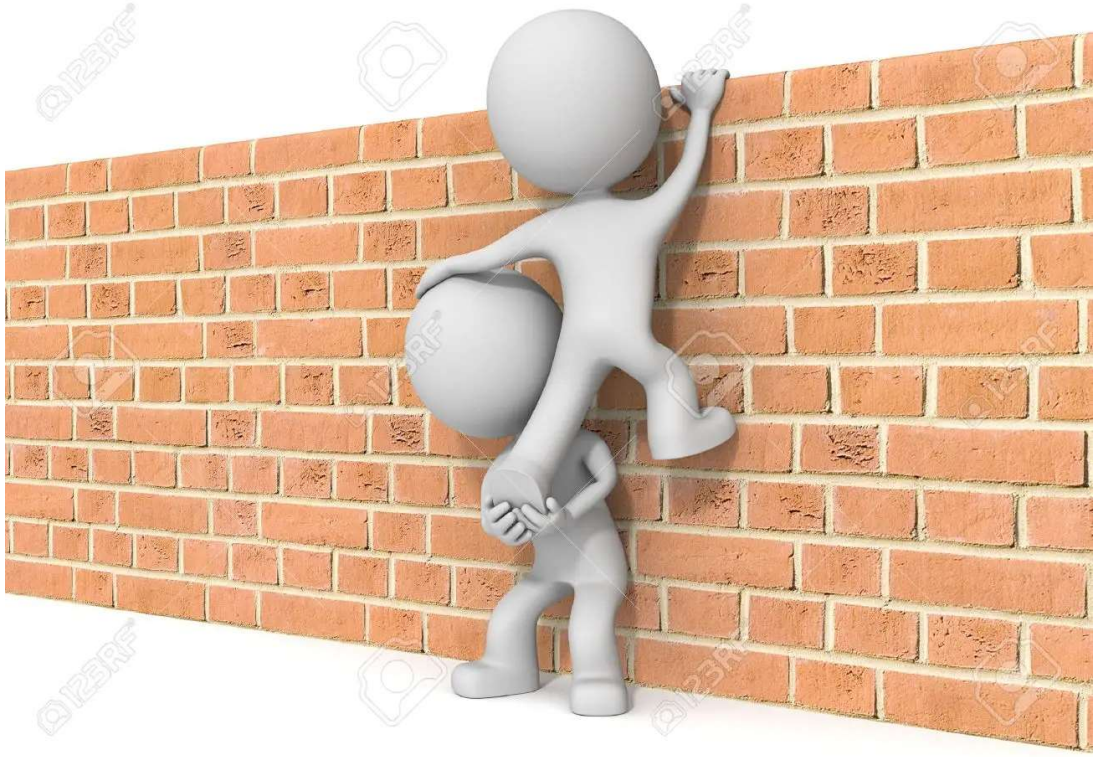
„Die Mauer“
- andere auf Abstand halten
- Wenig sagen
- Wenig von sich preisgeben
- sozialer Rückzug
- Computerspielen, TV schauen

Sicherheit geben, Vor- und Nachteile abwägen, ermutigen, Vermeidung aufzubrechen, Ausdruck von Gefühlen, Bedürfnissen verstärken

„Roter Faden“ durch die Schematherapie

1. Fallkonzept erstellen
2. Bewältigungsmodi reduzieren
3. Kindmodi heilen, Elternmodi begrenzen
4. Autonomie stärken: Stärkung des Gesunden Erwachsenenmodus mit besonderem Fokus auf Verhaltensveränderung in der Gegenwart

Überwinden des Bewältigungsmodus



Schwierigkeiten bei ängstlich-vermeidenden Patient*innen

- Sehr stabile, festgefahrene Bewältigungsmodi
- Patient*in sind oft passiv, (er)warten, dass Therapeut*in die Arbeit macht
- Patient*in möchte Probleme loswerden, nicht aber den Bewältigungsmodus
- Patient*innen scheinen oft schnell, die Notwendigkeit von Veränderung zu verstehen, Veränderung fällt oft allerdings schwer
- Wenn Therapeut*innen den Bewältigungsmodus herausfordern, fühlt es sich an, als würde die Sicherheit weggenommen→ viel Widerstand

Bewältigungsmodi überwinden - „ein dickes Brett zu bohren“

Therapeut*innen sollten daher…

- Sich bewußtmachen, wie schwierig es für Patient*innen ist, die Komfortzone aufzugeben → viel Validierung, „limited reparenting“, Cheerleading, Shaping
- Auf Widerstand vorbereitet sein, sich von therapeutischen „Blockaden“ nicht verunsichern lassen → Empathische Konfrontation
- Keine schnellen Veränderung erwarten → sich Zeit geben
- Viel und wiederholt Psychoedukation geben → nicht drängen, sondern wegweisen
- Sich dem Behandlungsplan folgend vorwärts bewegen, sanft, aber bestimmt

Therapeutische Technik: „Bibern“

Empathische Konfrontation

Validierung von Modus-assoziiertem Problemverhalten bei gleichzeitiger Konfrontation mit Konsequenzen des Verhaltens und der Notwendigkeit der Veränderung

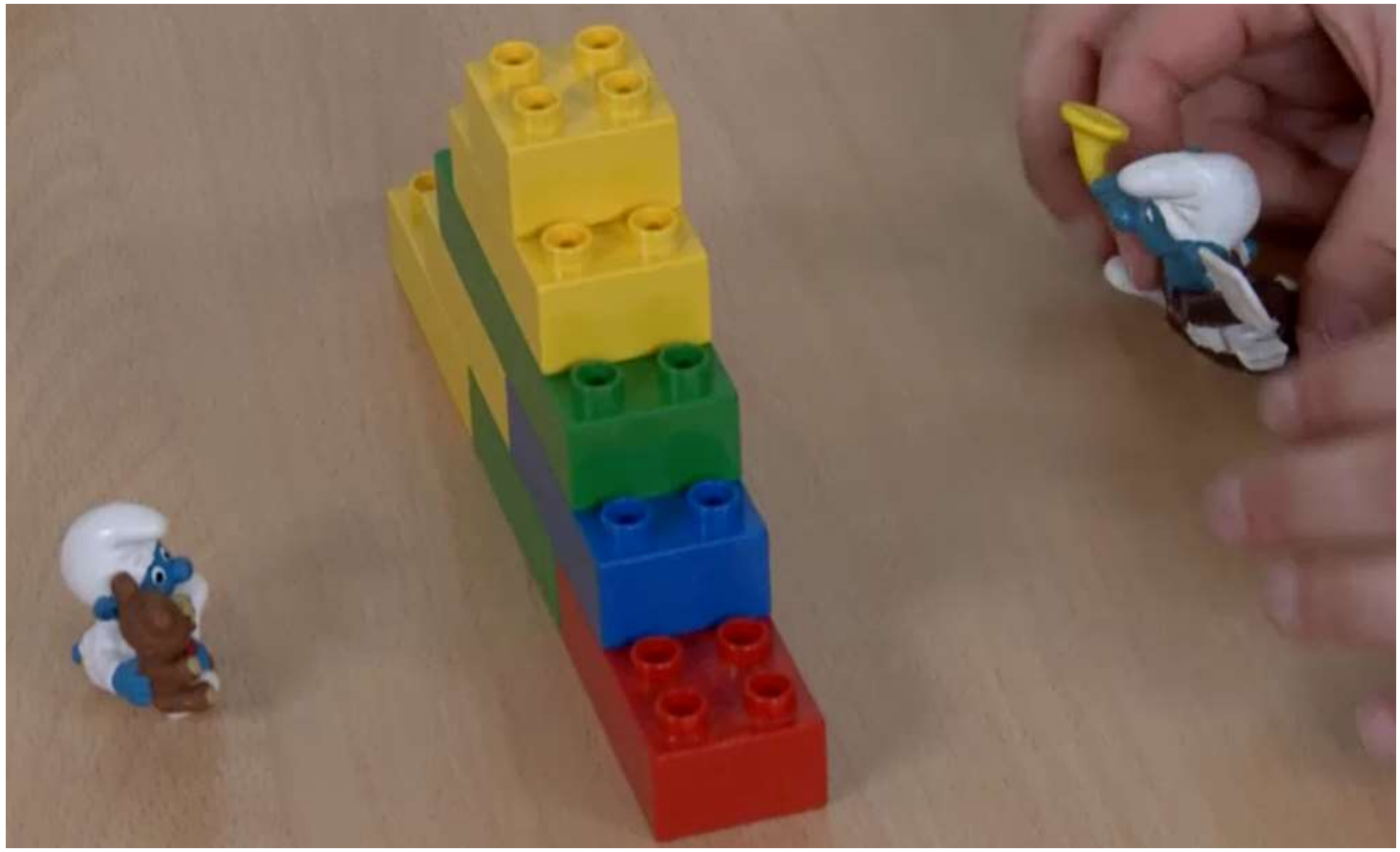
Vor- und Nachteile des Bewältigungsmodus diskutieren

Vorteile der „Mauer“	Nachteile der „Mauer“
• Ich kann nichts falsch machen • Andere sehen nicht, wie peinlich ich wirklich bin • Ich falle nicht so auf • Weniger Angst/ Schamgefühle • Ich kann dann alles besser kontrollieren, es ist vorhersagbar, was passiert • Ich kann meine Maske aufrecht erhalten, keiner sieht meine Gefühle • Ich fühle mich damit sicherer.	• Ich fühle mich einsam und alleine, habe keine Verbindung zu anderen Menschen • Kostet viel Kraft und Energie • Ich kann nicht lernen anders mit meinen Schwierigkeiten umzugehen • Ich habe keinen Kontakt zu meinen Gefühlen und Bedürfnissen, kann sie deshalb auch nicht erfüllen • Chronische Depression und Angstzustände • Mein Leben ist irgendwie eintönig und langweilig • Kann mich selbst nicht kennenlernen, finde nicht raus, was ich im Leben will, habe dadurch wenig Kontrolle in meinem Leben

Stuhldialog mit der „Mauer“

Balance zwischen Emotionsaktivierung und Steuerbarkeit

Figurendialoge



„Roter Faden“ durch die Schematherapie

1. Fallkonzept erstellen

2. Bewältigungsmodi reduzieren

3. Kindmodi heilen, Elternmodi begrenzen

4. Autonomie stärken: Stärkung des Gesunden Erwachsenenmodus mit besonderem Fokus auf Verhaltensveränderung in der Gegenwart

Kindmodi heilen

Hauptziel:

Zugang zu Verletzlichkeit bekommen

Bedürfnisse erkennen, trösten, versorgen

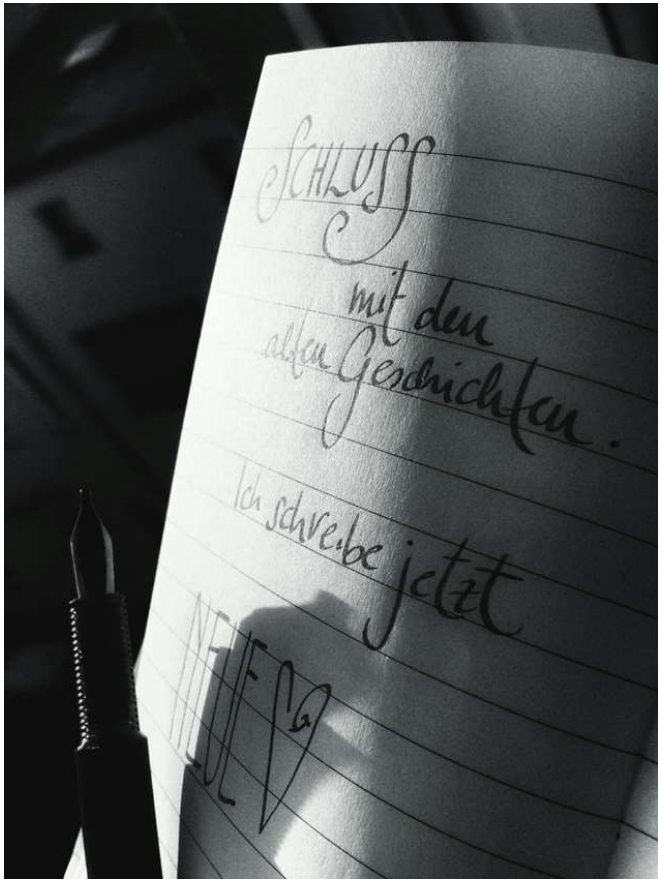
„Limited Reparenting“ bei ängstl-vermeidenden Patient*innen

- Sicherheit geben, Angst und Scham reduzierend arbeiten
- Ermutigung eigene Bedürfnisse und Emotionen zu teilen, beim Ausdruck helfen
- großes Interesse an Meinung und Erleben von Patient*innen zeigen
- Lob, Unterstützung, Hilfe beim Umgang mit Fehlern und Missgeschicken
- Üben mit unterschiedlichen Meinungen, Konflikten und Disharmonien umzugehen

Zugang zu verletzlichen Kindmodi über Kinderfotos

Was ist Imagery Rescripting?

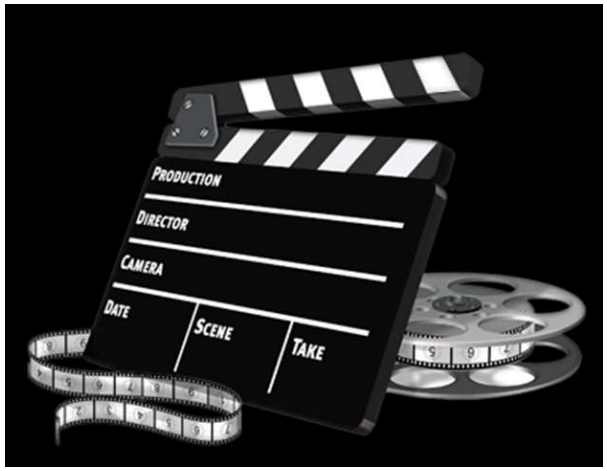
Imagery Rescripting bedeutet, Menschen dabei zu unterstützen, ein belastendes mentales Bild (z.B. eine Erinnerung) zu erleben und in ein hilfreiches, tröstendes, lustiges oder sicheres Bild zu verwandeln.



Zwei Phasen beim Imagery Rescripting

- **Phase I: Imagination der Erinnerung**

- **Phase II: „Rescripting“**: Einführung einer Hilfsperson, die das Skript so verändert, dass es einen guten Ausgang nimmt und die Bedürfnisse des Patienten erfüllt werden



Arntz, A., & Weertman, A. (1999). Treatment of childhood memories: Theory and practice. *Behaviour research and therapy*, *37*(8), 715-740.

Basismodell

Auswahl der Hilfsperson

- Patient*in selbst in heutiger Gestalt
- Reale hilfreiche Person o. Phantasiefigur
- Therapeut*in

Bei schwerkranken Patient*innen zuerst durch Therapeut*in, damit Patient*in auf Kind-Niveau erleben können, versorgt zu werden!

Basismodell

Typische Themen bei ängstlich-vermeidenden Patient*innen

- Abwertung/Lächerlichmachen von Fehlern und Nicht-perfekten Leistungen
- Bestrafen für das Äußern von Bedürfnissen, Emotionen, Meinungen, hier oft auch indirekte Bestrafung/Schuldzuweisung durch Liebes- oder Aufmerksamkeitsentzug oder Zeigen von Enttäuschung
- „Parentifizierung“: Kind fühlt sich verantwortlich für Elternteil (z.B. weil dieser depressiv oder krank ist) oder Geschwister

Imaginationsarbeit bitte nicht vermeiden!!!

„If you don‘t do imagery work, your patient won‘t get better!“

(Young)

Elternmodi bekämpfen/reduzieren

Elternmodi bekämpfen/ reduzieren

- Therapeut*in verkörpert „guten Elternteil“ → nimmt Pat. klar in Schutz, interessiert sich für dessen Bedürfnisse und Meinungen, hilft, gibt Lob und Zuspruch, vermittelt adäquate Selbstbewertung

- Strafenden Modus: bekämpfen, keine Diskussionen, resoluter Ton

- Fordernde Modi: mehr Diskussion erlaubt, mit den Folgen zu hoher Ansprüche konfrontieren, Fokus auf Bedürfnisse und Emotionen des Kindes richten, klare Abschwächung

- Veränderung über viel erlebnisbasierten Techniken und über therapeutische Beziehung

Stuhldialoge mit den Elternmodi

„Roter Faden“ durch die Schematherapie

1. Fallkonzept erstellen

2. Bewältigungsmodi reduzieren

3. Kindmodi heilen, Elternmodi begrenzen

4. Autonomie stärken: Stärkung des Gesunden Erwachsenenmodus mit besonderem Fokus auf Verhaltensveränderung in der Gegenwart

Gesunde Modi fördern

Hauptziel: Fördern, mehr Zeit in diesen Modi verbringen

- Werden von Anfang an mit in die Therapie einbezogen, zunächst vom Therapeuten modelliert
- Mehr und mehr von Patient*innen übernommen
- Fördern von gesunden Entscheidungen hinsichtlich Arbeit, Ausbildung, Hobbies, Freundschaft, Partnerschaft
- Problemlösefertigkeiten
- Emotionsregulation, zwischenmenschliche Fertigkeiten

Fördern von Autonomie

Autonomiephase

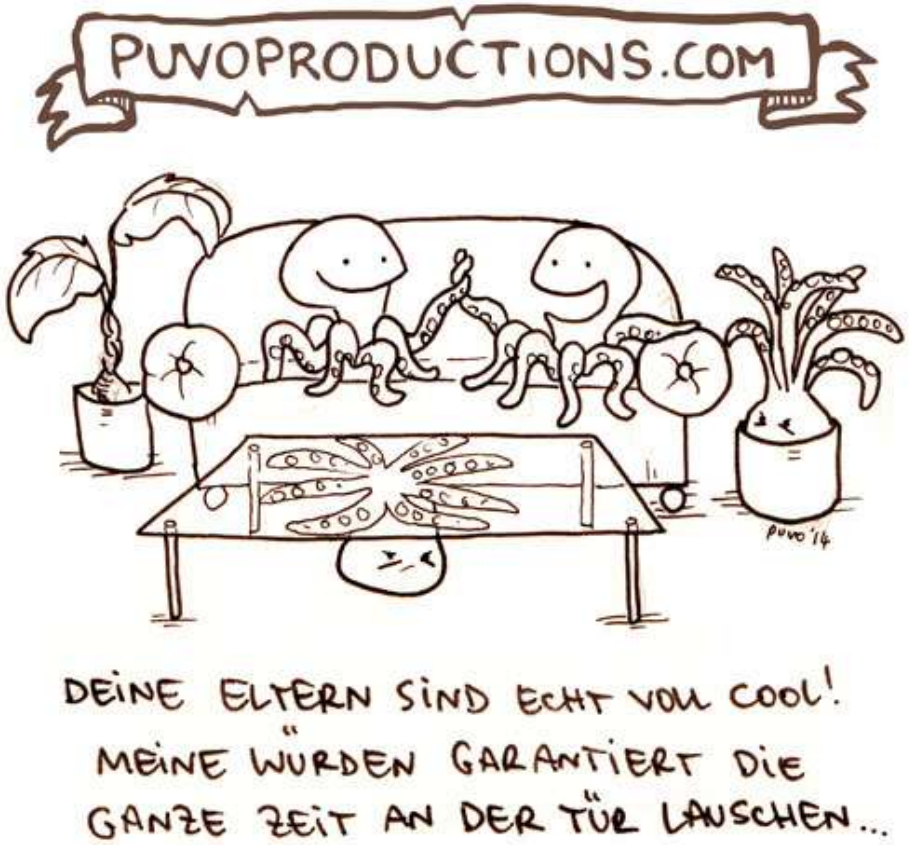
- Mehr Fokus auf Verhaltensveränderung und auf die Gegenwart legen (Wie können gegenwärtige Probleme angegangen werden? Welche Verhaltensveränderungen braucht Patient*in, damit er/sie seine Bedürfnisse besser erfüllen kann/ Ziele besser erreicht/ Leben entsprechend eigener Werte gestalten kann?)

- Patient*in bekommt mehr und mehr Verantwortung

- Förderung der Autonomie, Aufbau gesunder Beziehungen, Wiedereinstieg in Beruf und Gesellschaft

- Boostersitzungen möglich

…und loslassen



Boostersitzungen

- Patient*in soll Leben ohne intensive Therapie ausprobieren
- „Richtige“ Therapiesitzungen (nicht nur Reden!)
- Fokus weiterhin auf Verhaltensveränderung und Autonomie
- Loben von gesunden Einstellungen/ Verhaltensweisen
- Probleme als Herausforderung sehen, Verhaltensrückfälle nicht katastrophisieren. Immer wieder darauf hinweisen, dass alte Modi nicht verschwinden, sondern in ihrem Einfluss weniger werden, wenn gesundes Verhalten geübt wird
- Eigene Entscheidungen des Patient betonen
- Auf Therapieende vorbereiten

RCT zu Schematherapie bei Cluster-C-PS

→Multicenter Studie in den Niederlanden

→Vergleich ST vs. TAU vs. Klärungsorientierte Psychotherapie (nach Sachse)

→N=323 Patient*innen mit PS (90%Cluster C, 50% Selbstunsichere PS)

→ST-Protokoll: 50 Sitzungen über 2 Jahre (Jahr1: 40 Sitzungen, Jahr 2: 10 Boostersitzungen)

Article

Results of a Multicenter Randomized Controlled Trial of the Clinical Effectiveness of Schema Therapy for Personality Disorders

Lotte L.M. Bamelis, Ph.D.
Silvia M.A.A. Evers, Ph.D.
Philip Spinhoven, Ph.D.
Arnoud Arntz, Ph.D.

Objective: The authors compared the effectiveness of 50 sessions of schema therapy with clarification-oriented psychotherapy and with treatment as usual among patients with cluster C, paranoid, histrionic, or narcissistic personality disorder.

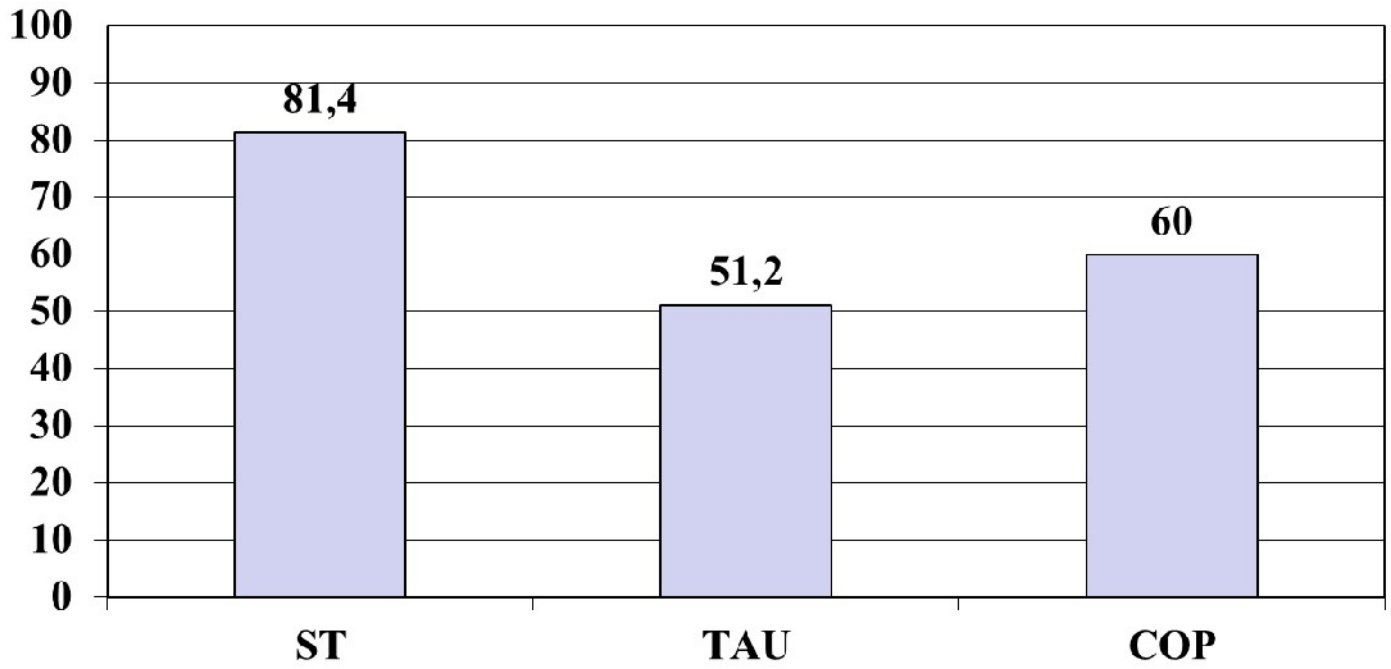
Method: A multicenter randomized controlled trial, with a single-blind parallel design, was conducted between 2006 and 2011 in 12 Dutch mental health institutes. A total of 323 patients with personality disorders were randomly assigned (schema therapy, N=147; treatment as usual, N=135; clarification-oriented psychotherapy, N=41). There were two cohorts of schema therapy therapists, with the first trained primarily with lectures and the second primarily with exercises. The primary outcome was recovery from personality disorder 3 years after treatment started (assessed by blinded interviewers). Secondary outcomes were dropout rates and measures of personality disorder traits, depressive and anxiety disorders, general psychological complaints, general and social functioning, self-ideal discrepancy, and quality of life.

Results: A significantly greater proportion of patients recovered in schema therapy compared with treatment as usual and clarification-oriented psychotherapy. Second-cohort schema therapists had better results than first-cohort therapists. Clarification-oriented psychotherapy and treatment as usual did not differ. Findings did not vary with specific personality disorder diagnosis. Dropout was lower in the schema therapy and clarification-oriented psychotherapy conditions. All treatments showed improvements on secondary outcomes. Schema therapy patients had less depressive disorder and higher general and social functioning at follow-up. While interview-based measures demonstrated significant differences between treatments, differences were not found with self-report measures.

Conclusions: Schema therapy was superior to treatment as usual on recovery, other interview-based outcomes, and dropout. Exercise-based schema therapy training was superior to lecture-based training.

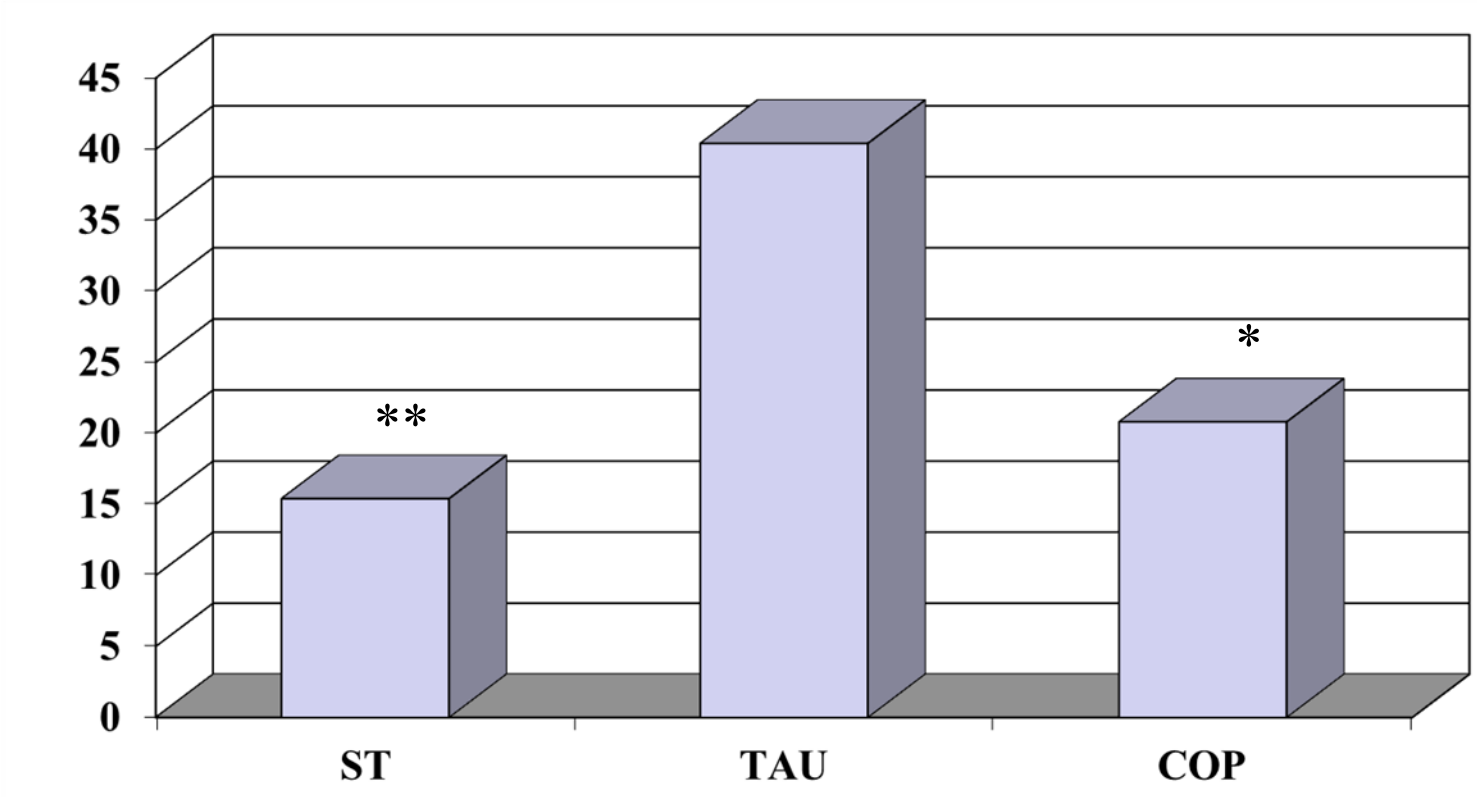
(Am J Psychiatry 2014; 171:305–322)

Remissionsraten für PS nach 3 Jahren

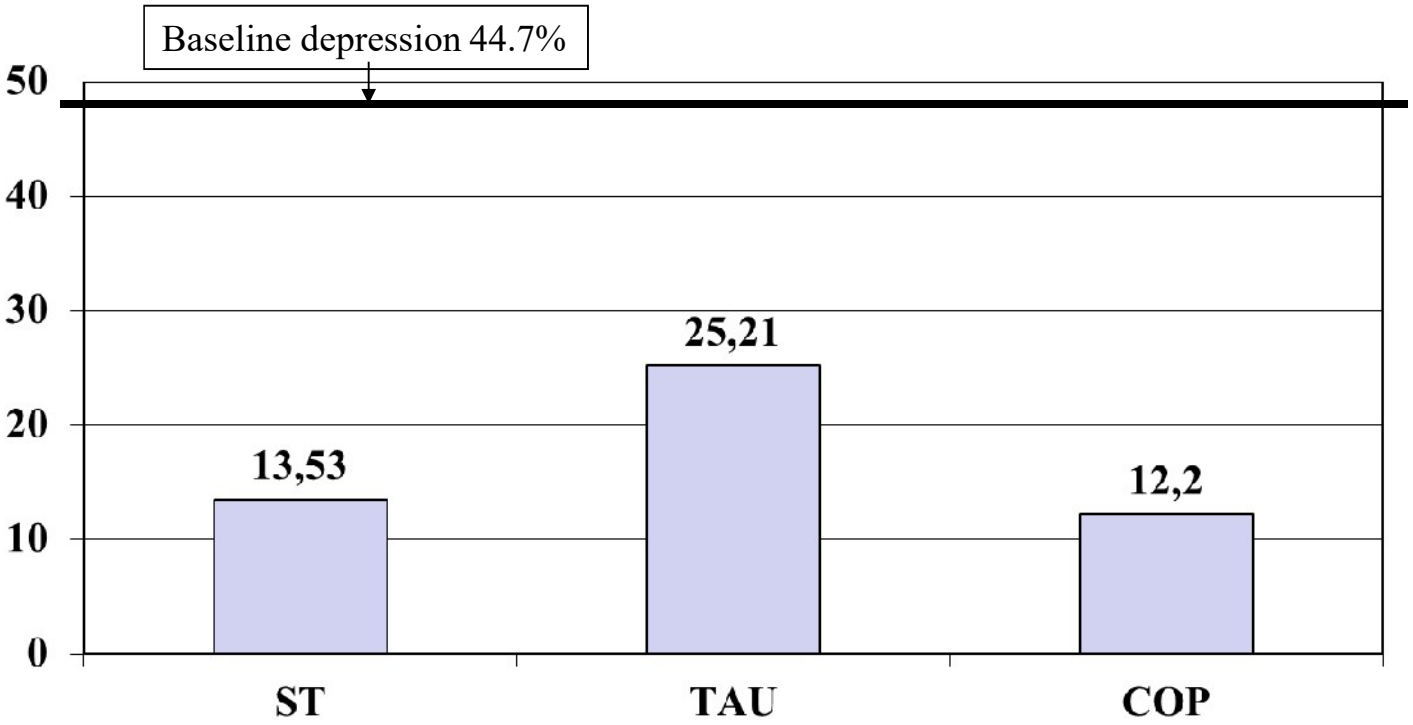


ST vs TAU: OR=4.1, $p < .001$
ST vs COP: OR=2.9, $p < .05$

Drop-Out



Komorbide Depression in % nach 3 Jahren



ST vs TAU: OR=0.23, p = .033

Behandlungsprotokoll in der ST-Kondition

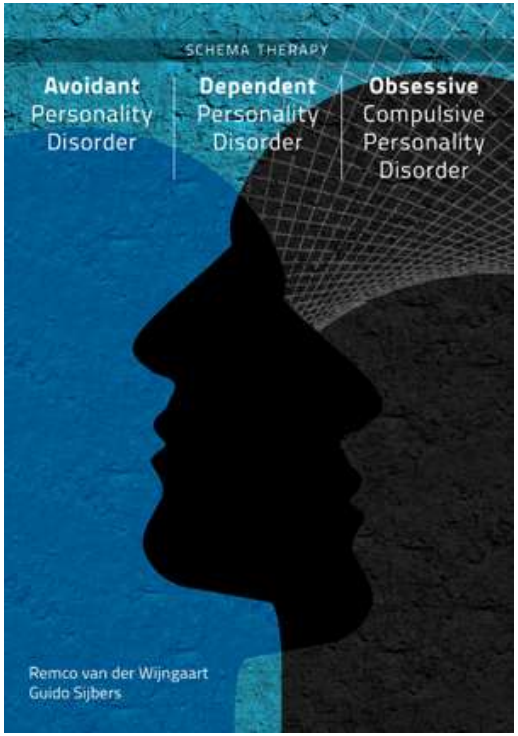
Jahr 1: 40 Sitzungen

- **Phase 1** (ca. 1-6 Sitzung): Einführung, Fallkonzeption
- **Phase 2** (ca. 7-25.Sitzung): Modusarbeit mit mehr Fokus auf Kindheit, viele erlebnisbasierte Techniken
- **Phase 3** (ca. 25-40.Sitzung): Modusarbeit mit mehr Fokus auf die Gegenwart und Verhaltensveränderung

Jahr 2: Booster-Phase: 10 Booster-Sitzungen (ca. 1x/Monat)

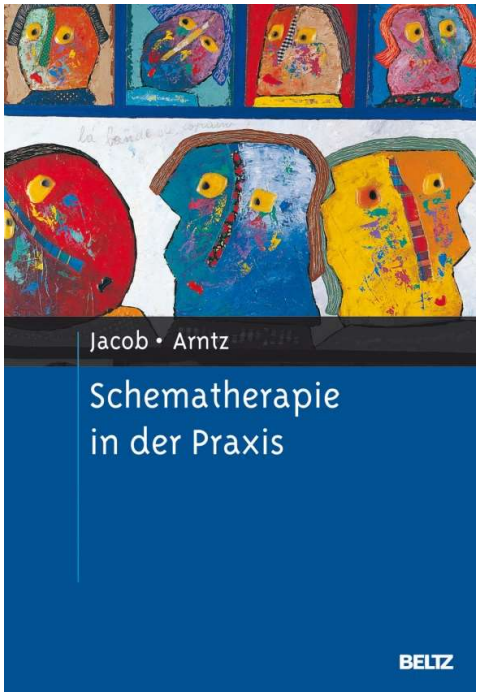
Lernvideos

DVD
Zens • Jacob
Schwierige Situationen in der Schematherapie
INFO-PROGRAMM
BELTZ


SCHEMA THERAPY
Avoidant Personality Disorder
Dependent Personality Disorder
Obsessive Compulsive Personality Disorder
Remco van der Wijngaart
Guido Sijbers

DVD VIDEO
Beltz Video-Learning
Jacob • Seebauer
Schematherapie
Fallvideos zu Persönlichkeitsstörungen und Suizidalität
INFO-PROGRAMM
gemäß §14 JuSCHG
BELTZ

Literaturempfehlung



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Institut für Schematherapie Hamburg
zertifiziertes Fortbildungsinstitut ISST e.V.

https://www.schematherapie-hamburg.de/
info@schematherapie-hamburg.de

Hamburger Online- & Präsenz-Curricula Schematherapie

- Basiscurricula Schematherapie (8-teilig, wochentags, je 16-21 Uhr)
- Vertiefungsworkshops zur Schematherapie (wechselnde Themen)
- Vertiefungsworkshops zur emotionsfokussierten Techniken Schematherapie mit Gruppen und mit Kindern und Jugendlichen