

Schematherapie bei Persönlichkeitsstörungen

Das Moduskonzept

CHRISTINE ZENS, HAMBURG, UND GITTA A. JACOB, FREIBURG



© Schulte Design GmbH/Montage

Erlebnisaktivierende Strategien wie Stuhldialogübungen sind zentrale Elemente der Schematherapie.

Die Schematherapie ist eine aktuelle Weiterentwicklung der kognitiven Verhaltenstherapie, vor allem für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und chronifizierten Achse-I-Störungen. Sie wird oft der „dritten Welle“ der Verhaltenstherapie zugerechnet. Dabei verbindet sie auf der Grundlage der Beziehungsgestaltung mit dem Ansatz des „limited reparenting“ kognitive, erlebnisaktivierende und behaviorale Techniken zu einem systematischen und transparenten Vorgehen. Empirische Studien bei Borderline-(BPS) oder Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen belegen die hohe Wirksamkeit der Schematherapie.

Die Schematherapie (ST) wurde von Jeffrey Young ursprünglich für Patienten entwickelt, die auf die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) ungenügend ansprechen [1, 2]. Dabei erweiterte er das klassische Vorgehen der KVT unter anderem um die Konzepte der Bindungstheorie [3], der Bedürfnisorientierung humanistischer Ansätze [4], der Transaktionsanalyse [5] sowie der Fokussierung biografischer Aspekte bei der Entstehung psychischer Störungen, welches zum Beispiel auch ein Kernelement tiefenpsychologischer Arbeit darstellt. Auch integrierte Young erlebnisorientierte Techniken etwa aus der Gestalttherapie oder dem Psychodrama [6] sowie der Hypnotherapie und anderen imaginativen Verfahren [7]. Nachdem sich Young zunächst primär mit dem Schema-konzept befasste, entwickelte er schon bald den Schemamodusansatz für Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen [2]. Dieser Ansatz wurde maßgeblich durch die Arbeitsgruppe um Arnoud Arntz erforscht [8] und weiterentwickelt [9–11].

Grundzüge der Behandlung

Die ST verbindet kognitive, erlebnisaktivierende und behaviorale Strategien sowie die Arbeit mit der therapeutischen Beziehung flexibel zu einer organischen Gesamtstrategie. Die Therapie erfolgt dabei anhand eines individualisierten Fallkonzepts und der darauf aufbauenden systematischen Behandlungsplanung [12]. Jede einzelne therapeutische Strategie wird in einen Gesamtzusammenhang eingebunden sein, wie etwa die Einbettung einer erlebnisorientierten Strategie (z. B. Imaginationsarbeit) in eine kognitive Vor- und eine behaviorale Nachbereitung [13].

Zentrale Konzepte

Die ST orientiert sich in ihrem Behandlungskonzept an „universellen Kernbedürfnissen“ [2]. Im Zusammenspiel mit dem angeborenen Temperament eines Kindes und dessen kulturellen Hintergrund kommt es je nach Bedürfniserfüllung oder -frustration zur Ausbildung funktionaler oder dysfunktionaler Schemata. Durch die Frustration von Kernbedürfnissen, etwa durch Nichterfüllung oder

Traumatisierung beziehungsweise Verwöhnung oder Überprotektion in der Kindheit, entstehen dysfunktionale Schemata. Ein Schema wird definiert als „umfassendes Thema oder Muster, das aus Erinnerungen, Emotionen, Kognitionen und Körperempfindungen besteht, das in der Kindheit oder Adoleszenz entstanden ist und im Laufe des Lebens stärker ausgeprägt wurde“ [2]. Young beschreibt 18 Schemata [14], die er entsprechend der Kernbedürfnisse fünf „Schemadomänen“ zuordnet. **Tabelle 1** gibt einen Überblick über die Kernbedürfnisse, die dazugehörigen Domänen und Schemata.

Schemata repräsentieren damit das emotionale Wissensspektrum eines erwachsenen Menschen und beeinflussen die Wahrnehmung aktueller Situationen sowie die jeweilige Reaktion. Wird ein dysfunktionales Schema aktiviert, so sind damit in der Regel starke negative Gefühle wie Einsamkeit, Trauer, Hilflosigkeit oder Wut verbunden. Die Reaktion auf ein Schema (Schemaoperation) ist zunächst variabel und kann entweder funktional oder dysfunktional sein. Oft werden jedoch automatisch „dysfunktionale Bewältigungsstrategien“ folgen. Young unterscheidet hier zwischen dem Erdulden, womit das Aushalten eines Schemas gemeint ist, und der Vermeidung, wobei der Auslösung eines Schemas oder den damit verbundenen Emotionen entgegengewirkt wird. Als dritte Strategie nennt er die Überkompensation, wo die Schemaauslösung durch eine entgegengesetzte Reaktion reguliert wird. Dysfunktionale Bewältigungsstrategien wirken schemahaltend, da dem eigentlichen Mangel an Bedürfnisbefriedigung dabei nicht entgegengewirkt werden kann und keine korrigierenden Erfahrungen gemacht werden können. **Tabelle 2** zeigt die verschiedenen Bewältigungsstrategien und ein Beispiel für die Bewältigungsreaktion bei Aktivierung eines Missbrauchsschemas [2].

Der Schemamodusansatz

Die meisten schweren und chronischen Störungsbilder sind mit zahlreichen Schemata und Schemaoperationen assoziiert, wodurch Fallkonzeptualisierung und Behandlungsplanung schnell unübersichtlich werden können [15]. Zudem dominiert je nach Persönlichkeitsstörung oft ein bestimmter Bewältigungsstil. Der Modusansatz reduziert diese Komplexität, indem Schemata und Schemaoperationen anhand ihrer zentralen affektiven Qualität in Modi zusammengefasst werden. Er ist für Patienten gut zugänglich und ermöglicht die Ableitung klarer Strategien, welche gerade in der konkreten therapeutischen Arbeit mit erlebnisorientierten Interventionen zentral sind. Der Modusansatz ist daher in der aktuellen ST-Praxis der zentrale Behandlungsansatz bei schweren Störungsbildern. Ein Schemamodus ist definiert als der in der jeweiligen Situation in einer Person aktuell vorherrschende Gesamtzustand und erfasst alle in diesem Moment erlebten Emotionen, Schemata und Schemaoperationen. Im Ge-

Schemata und ihre Zuordnung [14]		
Kernbedürfnisse	Schema-domänen	Schemata
Sichere Bindung, Akzeptanz, Versorgung	Abtrenntheit und Ablehnung	<ul style="list-style-type: none"> — Verlassenheit/Instabilität — Misstrauen/Missbrauch — Emotionale Entbehrung — Unzulänglichkeit/Scham — Soziale Isolierung/Entfremdung
Autonomie, Kompetenz, Identitätsgefühl	Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung	<ul style="list-style-type: none"> — Abhängigkeit/Inkompetenz — Anfälligkeit für Schädigung und Krankheiten — Verstrickung/unentwickeltes Selbst — Versagen
Realistische Grenzen und Selbstkontrolle	Beeinträchtigung im Umgang mit Begrenzungen	<ul style="list-style-type: none"> — Anspruchshaltung/Grandiosität — Unzureichende Selbstkontrolle/Selbstdisziplin
Freiheit im Ausdruck von Bedürfnissen und Emotionen	Fremdbezogenheit	<ul style="list-style-type: none"> — Unterwerfung — Selbstaufopferung — Streben nach Zustimmung und Anerkennung
Spontaneität und Spiel	Übertriebene Wachsamkeit und Gehemtheit	<ul style="list-style-type: none"> — Negativität/Pessimismus — Emotionale Gehemtheit — Überhöhte Standards/übertriebene kritische Haltung — Strafreuegung

Tabelle 1

gensatz zu dem eher starren Schema, das man als „trait“ bezeichnen kann, ist ein Schemamodus als „state“ [2] zu begreifen. Es werden vier Moduskategorien unterschieden (**Tabelle 3**) [11]:

1. Funktionale Modi beschreiben gesunde und ressourcenhaltige Modi. Im Modus des gesunden Erwachsenen kann sich eine Person im Sinne ihrer Ziele und in Abstimmung mit ihrer Umwelt erwachsen und funktional erleben und entsprechend verhalten. Dazu gehören Selbstfürsorge und die Übernahme von Verantwortung. Ein weiterer funktionaler Modus ist das glückliche Kind, in dem eine Person neue Ressourcen aufbauen kann.
2. Maladaptive Kindmodi entwickeln sich durch die Frustration von Kernbedürfnissen in der Kindheit. Damit verbunden sind intensive negative Emotionen wie Trauer, Angst oder Hilflosigkeit (verletzbar/abhängige Kindmodi) oder Wut und Ärger

Schemabewältigungsreaktionen [2]		
Erduldung/Unterwerfung	Vermeidung	Überkompensation
Sich in ein Schema fügen, diesem nachgeben, es als Wahrheit akzeptieren und sich so verhalten	Das Leben so arrangieren, dass ein Schema oder die damit verbundenen Emotionen nicht aktiviert werden	Das Schema bekämpfen, indem man sich so verhält, als sei das Gegenteil der Fall
Ertragen von Misshandlung	Substanzmissbrauch	Das Gegenüber dominieren

Tabelle 2

(ärgerliche/undisziplinierte Kindmodi). Modi werden durch innere und äußere Trigger ausgelöst. Die Intensität der Gefühle ist in der gegenwärtigen Situation jedoch oft nicht angemessen, sondern kann mit Kindheitserinnerungen in Zusammenhang gebracht werden. So beschreibt sich ein Patient in einer Auslösesituation: „Ich fühle mich jetzt, als ob ich sechs Jahre alt bin (...) mein Vater schreit mich an, gleich schlägt er mich (...) ich bin starr vor Angst!“.

3. Dysfunktionale Elternmodi werden mit Selbstabwertung, Selbsthass, Selbstbestrafung und innerem Druck in Verbindung gebracht. Es werden strafende und fordernde Anteile unterschieden. Dabei ist es wichtig, frühzeitig mit dem Patienten zu besprechen, dass es sich nicht um die Verinnerlichung „realer“ Eltern handelt, sondern um internalisierte negative Erlebnisse mit diesen. Zusätzlich fließen hier auch Erlebnisse mit anderen Bezugspersonen, etwa den Peers, mit ein.
4. Dysfunktionale Bewältigungsmodi beschreiben den extremen und häufigen Einsatz der Bewältigungsstrategien Unterwerfung (Erduldung), Vermeidung sowie Überkompensation. Sie dienen dazu, die Patienten vor den mit den Kindmodi oder Elternmodi verbundenen negativen Gefühlen zu schützen.

Fallkonzeptualisierung und Psychoedukation

Zunächst werden allgemeine diagnostische Informationen erhoben. Dabei kann die Indikation für eine ST geprüft werden, die immer

Fallbeispiel

Die 23-jährige Stefanie O. mit BPS, berichtet von Stimmungsschwankungen, Ängsten und Traurigkeit, die seit der Kindheit bestehen. Sie habe sich schon immer einsam und verlassen gefühlt. Die Mutter sei Alkoholikerin, der Vater cholerisch und habe sie regelmäßig und oft aus einem bloßen Impuls heraus geschlagen. Gleichzeitig habe er Anpassung und Höchstleistung von ihr erwartet. Dadurch habe sie aber die Schule geschafft. Sie habe eine große Sehnsucht nach Nähe, gleichzeitig könne sie niemandem wirklich vertrauen. Dennoch lasse sie sich sehr schnell auf enge Beziehungen ein. Für den jeweiligen Partner würde sie alles tun, auch sexuelle Wünsche erfüllen, die sie nicht teile. Dabei schalte sie innerlich ab, funktioniere nur noch. Danach habe sie oft heftige Ekelgefühle und bestrafe sich selbst, indem sie mit dem Kopf gegen die Wand schlage. Manchmal komme es auch zu Wutausbrüchen gegenüber dem Partner, auf die dann sofort wieder Schuldgefühle folgen würden. Dann schneide sie sich, um den Druck zu reduzieren oder trinke Alkohol. Sie hasse sich selbst, habe kein Selbstwertgefühl, könne sich nicht abgrenzen, wisse eigentlich gar nicht, wer sie wirklich sei und was sie wolle.

Stefanies Selbsthass und Selbstbestrafungen werden dem strafenden Elternmodus zugeordnet, die Anforderungen des Vaters dem fordernden Modus. Ihre Gefühle der Verlassenheit, Einsamkeit, Trauer, Angst, Misstrauen, Schuld und Ekel werden als verletzbare Kind konzeptualisiert, die Wutanfälle dem wütenden Kind zugeschrieben. Sie neigt einerseits dazu, Dinge zu ertragen und sich nicht abzugrenzen (Unterwerfungsmodus). Zum anderen schaltet sie innerlich ab und reguliert Druck durch Selbstverletzungen und Alkoholkonsum, was als Vermeidungsmodus konzeptualisiert wird. Die Fähigkeit, über ihre Problematik detailliert zu berichten und die Bereitschaft zur Therapie werden als gesunder Erwachsenenmodus betrachtet.

Tabelle 3

Modusübersicht [11]

Funktionale Modi

- Gesunder Erwachsener
- Glückliches Kind

Maladaptive Kindmodi

- Verletzbares, einsame, traurige, verlassene, missbrauchte, abhängige Kindmodi
- Ärgerliche, wütende, impulsive, undisziplinierte Kindmodi

Dysfunktionaler Elternmodi

- Fordernder Elternmodus (leistungsfordernd, emotional fordernd)
- Strafender Elternmodus

Dysfunktionale Bewältigungsmodi

Unterwerfung	Angepasster Unterwerfer
Vermeidung	<ul style="list-style-type: none"> – Distanzierter Beschützer – Vermeidender Beschützer – Ärgerlicher Beschützer – Distanzierter Selbstberuhiger
Überkompensation	<ul style="list-style-type: none"> – Narzisstischer Selbsterhöher – Suche nach Aufmerksamkeit und Bestätigung – Übermäßig perfektionistischer Kontrolleur – Übermäßig misstrauischer Kontrolleur – Einschüchterer – Gerissener Täuscher – Raubtier-/Killer-Modus

dann sinnvoll erscheint, wenn sich eine lebensgeschichtliche Komponente bei der Störungsentwicklung zeigt. Zu den Kontraindikationen gehören vor allem akute Störungsbilder (z. B. akute Suizidalität bei Depression oder lebensbedrohliches Untergewicht bei Anorexia Nervosa), die zunächst eine Stabilisierung durch klassische psychotherapeutische oder auch medikamentöse Strategien erfordern. Für Patienten mit starken Substanzmittelmissbrauch, psychotischen Symptomen, hirnanorganischen Veränderungen oder ausgeprägten frühen Entwicklungsstörungen ist die ST primär nicht indiziert [12]. Die spezifische schematherapeutische Diagnostik zu Schemata, Bewältigungsstilen und Modi sowie deren biografischen Ursprüngen erfolgt psychometrisch mit Hilfe des Young Schema Questionnaire (YSQ [16]) und dem Schema Mode Inventory (SMI [17]). Hinzu kommen Informationen aus Selbstbeobachtung, biografischen Berichten und der Auswertung des Interaktionsverhaltens innerhalb der therapeutischen Beziehung. Diagnostische Imaginationsübungen oder Stuhldialoge können kognitive und affektive Zusammenhänge zwischen auslösenden biografischen Ereignissen und aktuellen problematischen Situationen verdeutlichen. Mit den erhobenen Daten kann schließlich ein individuelles Moduskonzept erarbeitet und visualisiert werden.

Neben dem störungsübergreifenden Moduskonzept sind mittlerweile verschiedene störungsspezifische Ansätze ausgearbeitet [11, 18] und beforscht [19]) worden, die ebenfalls als Grundlage für die Konzeptualisierung herangezogen werden können. So

beinhaltet das Moduskonzept für BPS die Modi des verlassenen oder missbrauchten Kindes, des wütenden Kindes, des strafenden Elternmodus und des Vermeidungsmodus. Auch wird immer ein gesunder Erwachsenenmodus konzeptualisiert.

Therapeutisches Vorgehen

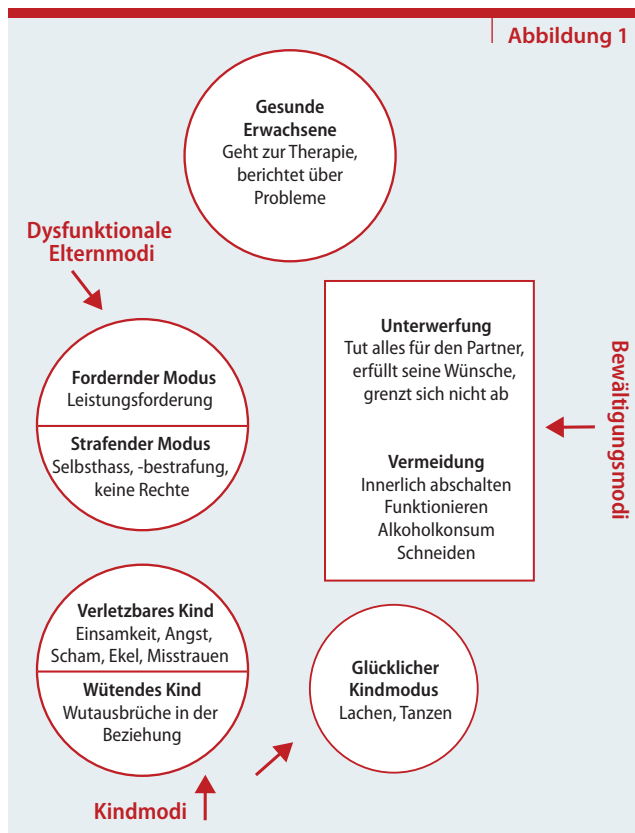
Das Ziel einer ST besteht darin herauszuarbeiten, welche Kernbedürfnisse in der Kindheit nicht erfüllt wurden, welche Schemata oder Modi daraus entstanden sind und wie diese sich in der Gegenwart auf den Patienten auswirken. Es sollen neue Wege gefunden werden, damit der Patient sich aktuelle Bedürfnisse angemessen erfüllen und Schema- oder Modusaktivierungen selbstständig regulieren kann. Dazu müssen verletzliche Kindmodi validiert und unterstützt werden. Ärgerliche Anteile sollen ventiliert und hinsichtlich der zugrunde liegenden Bedürfnisse validiert werden, wobei ein angemessener Ausdruck gefördert wird. Dysfunktionale Bewältigungsstrategien werden verdeutlicht und im Hinblick auf ihre vergangene Schutzfunktion anerkannt, anschließend in Bezug auf die aktuelle Funktionalität hinterfragt und reduziert. Dysfunktionale Elternmodi werden reduziert oder bekämpft, funktionale Modi aufgebaut und gefördert. Dazu dienen kognitive, erlebnisaktivierende und behaviorale Interventionen sowie die systematische Gestaltung der therapeutischen Beziehung. Ergänzend kann Selbsthilfeliteratur herangezogen werden (z. B. [20, 21]).

Kognitive Strategien

Auf der kognitiven Ebene werden die Modi und ihr lebensgeschichtlicher Hintergrund benannt, in ihrer aktuellen Funktionalität eingeschätzt und Verzerrungen korrigiert. Eingesetzt werden alle Techniken der KVT sowie schemaspezifische kognitive Interventionen wie Pro- und Kontra-Listen oder Schemamemos [22]. Ein wesentliches Instrument ist Psychoedukation zu berechtigten Bedürfnissen und Rechten von Kindern sowie zu Pflichten und angemessenen Verhaltensweisen von Eltern und Peers. In Bezug auf die Bewältigungsmodi werden Vor- und Nachteile herausgearbeitet. So soll eine Orientierung für eine gesunde, erwachsene Erlebens- und Verhaltensweise geschaffen

Kognitive Überprüfung des Vermeidungsmodus

Stefanie O. sitzt in der Stunde teilnahmslos auf dem Stuhl, reagiert einsilbig auf Fragen. Auf Fragen nach ihrem Befinden gibt sie an, dass sie sich „normal“ fühle. Das Verhalten kann schließlich als Vermeidungsmodus identifiziert werden. Daraufhin werden zunächst alle Argumente, die für diese Strategie sprechen, gesammelt. Stefanie fühlt sich mit diesem Verhalten geschützter, indem negative Gefühle abgeschaltet werden. Dieses Schutzverhalten wird im Hinblick auf seine frühere Funktionalität anerkannt. Dann werden Gegenargumente gesammelt, wobei die Therapeutin gezielt verschiedene Lebensbereiche abfragt. So entsteht eine Pro- und Kontra-Liste bezüglich dieser Bewältigungsstrategie. Stefanie kann dadurch erkennen, dass dieses Verhalten aktuell dazu dient, die Angst vor dem Verlust ihres Partners zu unterdrücken, sie sich jedoch dadurch auch keine Hilfe und Unterstützung holen kann und zudem wieder vermehrt Alkohol trinkt.



Das individuelle Modusmodell von Stefanie O.

werden. Kognitive Techniken dienen zudem der Etablierung von neu erworbenen Kenntnissen und Verhaltensweisen.

Erlebnisaktivierende Strategien

Ein zentrales Element der ST sind erlebnisaktivierende Strategien. Der Patient soll lernen, seine Emotionen und Bedürfnisse zu spüren, diesen einen angemessenen Ausdruck zu verleihen. Zu den wichtigsten Techniken gehören die Stuhl- oder Imaginationsarbeit wie das imaginative Überschreiben [23]. Nach der Aktivierung der negativen Emotionen werden diese mit Hilfe der genannten Techniken verändert. Heilsame Erfahrungen, die Grundbedürfnisse besser erfüllen können, werden verankert.

Die Beziehungsgestaltung

Ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit in der ST: Beziehungsgestaltung. Authentizität und die Bereitschaft zu einer begrenzten Selbstöffnung sind dabei wesentliche Therapeuteneigenschaften. Aufgrund begrenzter elterlicher Fürsorge („limited reparenting“) sollen in der Kindheit frustrierte Bedürfnisse des Patienten im Rahmen therapeutischer Möglichkeiten befriedigt werden. Das kann im direkten Dialog und auch innerhalb erlebnisaktivierender Übungen geschehen, in denen der Therapeut hilfreich eingreift. So kann sich am Modell des Therapeuten die innere Instanz eines gesunden Erwachsenen entwickeln. Zur Beziehungsgestaltung in der ST gehören auch das Setzen von Grenzen und empathische Konfrontation mit unangemessenen Verhaltensweisen.

Stuhldialog

Stefanie O. berichtet von einem Streit mit ihrem Partner. Sie habe Angst gehabt, er würde sie verlassen, was sie sich dann selbst zuzuschreiben habe. Die Therapeutin schlägt einen Stuhldialog vor. Dabei werden die Gefühle der Hilflosigkeit, Angst und Schuld auf den Stuhl der „kleinen Stefanie“ gesetzt und ein weiterer Stuhl für die innere Aussage „Das hast Du Dir selbst zuzuschreiben“ aufgestellt. Zwischen beiden Stühlen wird ein weiterer für die gesunde, erwachsene Stefanie gestellt. Anfänglich berichtet die Patientin auf dem Stuhl der „kleinen Stefanie“, wie sie sich fühlt. Es wird schnell deutlich, dass diese Situation mit früheren Erlebnissen mit ihrem Vater zu tun hat, der sie mit ähnlichen Worten für alle verantwortlich machte und dann oft mit Heimunterbringung drohte. Die Therapeutin beschränkt den „strafenden Anteil“ und tröstet die „kleine Stefanie“. Auf dem Stuhl der „erwachsenen Stefanie“ übt diese, anfänglich mit Hilfe der Therapeutin, sich selbst zu trösten und die Schuldzuweisung zu begrenzen. Schließlich wird der „Elternstuhl“ vor die Tür gestellt. Diese Intervention führt bei Stefanie zu einem Gefühl von Erleichterung und zu mehr Verständnis für sich selbst.

Behaviorale Strategien

Behaviorale Strategien werden meist in einer späteren Phase der Therapie genutzt, um gesundes, erwachsenes Verhalten aufzubauen und zu trainieren. Das setzt Veränderungen auf der emotionalen und kognitiven Ebene voraus. Zum Einsatz kommen alle verhaltenstherapeutischen Techniken, etwa das SKT. Zum Teil werden behaviorale Strategien auch frühzeitig zur Unterbrechung schädlicher Verhaltensmuster eingesetzt (z. B. Skills-Training).

Wirksamkeitsuntersuchungen

Giesen-Bloo et al. [8] belegten Wirksamkeit und Effizienz der ST bei BPS in einer randomisiert-kontrollierten (RCT-)Studie. Im Zweigruppensdesign war sie der übertragungsfokussierten Therapie (TFP) hinsichtlich Effektivität, Abbruchrate und Kosteneffizienz überlegen [24], was sich auch in einer Folgestudie bestätigte [25]. Mittlerweile wurde die ST bei BPS auch im Gruppensetting überprüft, eine erste RCT-Studie zeigte gute Ergebnisse [26]. Aktuell wird eine internationale Multizenterstudie über den Einsatz der Gruppen-ST bei BPS im ambulanten Bereich durchgeführt*. Erste Ergebnisse zur ST bei Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen

Imagination

Im Verlauf der Therapie werden verschiedene Imaginationsübungen durchgeführt. Ein Thema ist die durch den Vater erlebte Gewalt. In diesen Übungen versetzt sich Stefanie O. in Erinnerungsbilder, in denen der Vater sie und teilweise auch die Mutter massiv bedroht. Die Situation wird emotional verändert, indem der Therapeut mit weiteren Hilfspersonen die Szene betritt, den Vater unschädlich macht und die kleine Stefanie versorgt. In einer dieser Übungen bringt der Therapeut auf Wunsch der kleinen Stefanie die Filmfigur „Supermann“ mit in die Szene. Dieser überwältigt den Vater. Der Therapeut nimmt die kleine Stefanie, die sich bei keiner ihr bekannten Person sicher fühlt, mit zu sich nach Hause und backt mit ihr gemeinsam Pfannkuchen.

und forensischen Patienten sind vielversprechend [27, 28]. Aktuelle Studien befassen sich mit der Effektivität der ST bei chronischen Achse-I-Störungen (Essstörungen [29], Zwängen [30]).

Aufgrund der eher noch geringen Forschungslage werden sich zukünftige Studien weiter mit der Wirksamkeit der ST in unterschiedlichen Settings und bei verschiedenen Patientengruppen und Störungsbildern befassen. Dabei werden Untersuchungen zur Stabilität der Ergebnisse ein wesentlicher Faktor sein.

Fazit für die Praxis

Die ST wurde für die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen und chronischen Achse-I-Störungen entwickelt, welche vor allem durch die Vielfalt an Symptomen und eine schwierige Beziehungsgestaltung gekennzeichnet sind. Grundlegende Begriffe in der Schematherapie sind Kernbedürfnisse, Schemata, Bewältigungsreaktionen und Modi. In der Therapie werden kognitive, erlebnisaktivierende und behaviorale Strategien im Rahmen der besonderen schematherapeutischen Beziehungsgestaltung zu einem systematischen und transparenten Vorgehen verbunden. In der individuellen Fallkonzeptualisierung werden die Symptome und Verhaltensweisen des Patienten den verschiedenen Modi zugeordnet. Die modusspezifischen Veränderungsziele sollen mit dem Einsatz der genannten Interventionen erreicht werden, wobei vor allem die besondere Gestaltung der therapeutischen Beziehung und die erlebnisaktivierenden Verfahren eine Erweiterung der klassischen KVT darstellen. Bisherige Studien zeigen eine hohe Wirksamkeit bei BPS, auch bei anderen Persönlichkeitsstörungen und Achse-I-Störungen liegen erste positive Ergebnisse vor.

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

Literatur unter www.springermedizin.de/dnp



Dipl.-Psych. Christine Zens

Psych. Psychotherapeutin
IST-Hamburg
Harvestehuder Weg 98
20149 Hamburg
E-Mail: christine.zens@hamburg.de



PD Dr. Gitta A. Jacob

Klinische Psychologie und Psychotherapie
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
79085 Freiburg
E-Mail: gitta.jacob@psychologie.uni-freiburg.de

Interessenkonflikt

Die Autorinnen erklären, dass sie sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließen und dass keine potenziellen Interessenkonflikte bestehen. Dr. Jacob erklärt Forschungsförderung der DFG und der Else Kröner Forschungsstiftung für Projekte zu Effektivität und Wirkmechanismen von Schematherapie. Der Verlag erklärt, dass die inhaltliche Qualität des Beitrags von zwei unabhängigen Gutachtern geprüft wurde. Werbung in dieser Zeitschriftenausgabe hat keinen Bezug zur CME-Fortbildung. Der Verlag garantiert, dass die CME-Fortbildung sowie die CME-Fragen frei sind von werblichen Aussagen und keinerlei Produktempfehlungen enthalten. Dies gilt insbesondere für Präparate, die zur Therapie des dargestellten Krankheitsbildes geeignet sind.

CME-Fragebogen

FIN DN1301LH

gültig bis 29.01.2013

Teilnehmen und Punkte sammeln können Sie

- als e.Med-Abonnent an allen Kursen der e.Akademie,
- als Abonnent einer Fachzeitschrift an den Kursen der abonnierten Zeitschrift oder
- als Leser dieses Magazins – zeitlich begrenzt – unter Verwendung der FIN.

Bitte beachten Sie:

- Die Teilnahme ist nur online unter www.springermedizin.de/eAkademie möglich.
- Ausführliche Erläuterungen unter www.springermedizin.de/info-eakademie



Diese CME-Fortbildungseinheit ist von der Bayerischen Landesärztekammer mit zwei bzw. drei Punkten zur zertifizierten Fortbildung anerkannt.

Schematherapie bei Persönlichkeitsstörungen

Die Schematherapie ist eine aktuelle Weiterentwicklung der ...

- ... tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie.
- ... Transaktionsanalyse.
- ... Hypnotherapie.
- ... kognitiven Verhaltenstherapie.
- ... Psychoanalyse.

Schemata entstehen aufgrund ...

- ... genetischer Veranlagung.
- ... kognitiver Verzerrungen.
- ... der Frustration kindlicher Kernbedürfnisse.
- ... von Depressionen.
- ... von jahrelangem Substanzmissbrauch.

Auf die Aktivierung eines Schemas folgen nach Young ...

- ... zwei unterschiedliche dysfunktionale Bewältigungsstrategien.
- ... oft die dysfunktionalen Bewältigungsstrategien Erdulden, Vermeiden oder Überkompensieren.
- ... die Hauptstrategien Projektion, Verleugnung und Abwehr.
- ... immer Angst und Panik.
- ... vor allem Rückzug und Depression.

Der Schemamodusansatz ist besonders geeignet für ...

- ... Patienten mit Flugangst.
- ... akuten Traumatisierungen.
- ... Patienten mit starkem Substanzmittelmissbrauch.
- ... eine Patientin mit lebensbedrohlichem Untergewicht bei Anorexia nervosa.
- ... Patienten mit Persönlichkeitsstörungen.

Eine Patientin mit Borderline-Persönlichkeitsstörung berichtet von starken Verlustängsten und Stimmungseinbrüchen, von massiven Selbstentwertungen und Selbstbeschuldigungen sowie der Neigung, bei überflutenden Gefühlen zu dissoziieren und sich gelegentlich auch selbst zu verletzen. Manchmal bekomme sie auf der Arbeit heftige Wutausbrüche, vor allem wenn sie sich ungerecht behandelt fühle. Sie möchte gerne innerlich zu mehr Ruhe finden und weniger empfindlich sein und daher eine Therapie machen. Welche Modi können Sie im individuellen Modusmodell konzeptualisieren?

- Ein verwöhntes Kind und einen Überkompensationsmodus.
- Keine, die Patientin ist ja bereits distanziert von ihren Gefühlen.
- Einen Vermeidungsmodus, ein wütendes und ein verletzbares Kind.

- Ein verlassenes und trauriges Kind, ein wütendes Kind, einen strafenden Modus, einen Vermeidungsmodus und einen gesunden Erwachsenenmodus.
- Ein verletzbares Kind, einen fordernden und einen strafenden Modus sowie einen Erduldungsmodus und einen gesunden Erwachsenenmodus.

Die Therapiebeziehung in der Schematherapie ...

- ... ist geprägt von dem Konzept des „limited reparenting“.
- ... spielt eine untergeordnete Rolle in der Behandlung.
- ... ist von Distanz geprägt.
- ... entspricht einer Coaching-Beziehung.
- ... dient vor allem dazu, den Patienten zu disziplinieren.

Zu den wesentlichen erlebnisaktivierenden Techniken in der Schematherapie gehören ...

- ... der sokratische Dialog.
- ... die Teilnahme an Problemlösungstrainings.
- ... Imaginationsverfahren und Stuhldialoge.
- ... gesprächspsychotherapeutische Verfahren.
- ... die analytische Traumdeutung.



Dysfunktionale Bewältigungsmodi werden in der Schematherapie ...

- ... durch Ignorieren gelöscht.
- ... sofort laut unterbrochen.
- ... im Hinblick auf ihre aktuelle Funktionalität hinterfragt und reduziert.
- ... validiert und verstärkt.
- ... als mangelnde Compliance des Patienten gewertet.

Das übergeordnete Ziel einer Schematherapie ist ...

- ... das Erlernen der Fähigkeit, die eigenen Bedürfnisse zu erkennen und angemessen zu erfüllen sowie Modusaktivierungen selbstständig zu erkennen und unterbrechen.
- ... das Erlernen von Skills, um Emotionen und Emotionsspitzen zu regulieren.
- ... die Selbstklärung im Rahmen der therapeutischen Beziehung.

- ... das Aushalten heftiger Emotionen.
- ... das Verhalten des Patienten immer anzunehmen und zu validieren.

Bei welchen Störungsbildern beziehungsweise in welchen laufenden aktuellen Studien wurde die Anwendung der Schematherapie bereits überprüft?

- Bei schizophrenen Störungen.
- Bei Störungen im Säuglingsalter.
- Bei Borderline Persönlichkeitsstörungen, Cluster-C-Patienten, Störungsbildern im forensischen Setting, bei bestimmten Achse-I-Störungen.
- Bei hirnorganischen Veränderungen.
- Bei frühkindlichen Entwicklungsstörungen.

Bitte beachten Sie:

Diese zertifizierte Fortbildung ist 12 Monate auf springermedizin.de/eAkademie verfügbar. Dort erfahren Sie auch den genauen Teilnahmeabschluss. Pro Frage ist jeweils nur eine Antwortmöglichkeit (Richtig- oder Falschaussage) zutreffend. Sowohl die Fragen als auch die zugehörigen Antwortoptionen werden im Online-Fragebogen in zufälliger Reihenfolge ausgespielt, weshalb die Nummerierung von Fragen und Antworten im gedruckten Fragebogen unterbleibt. Prüfen Sie beim Übertragen der Lösungen aus dem Heft daher bitte die richtige Zuordnung.



Top bewertet in der e.Akademie



Psychiatrie

- ▶ **Panikstörung: Plötzliche Angst aus dem Nichts.**
aus: Der Neurologe & Psychiater 12/2012
von: Rolf-Dieter Stieglitz, Hans-Peter Volz
Zertifiziert bis: 3.12.2013
Medien Format: e.CME, e.Tutorial
- ▶ **Bipolare Manie: Meist lebenslange Rezidivprophylaxe erforderlich.**
aus: Der Neurologe & Psychiater 11/2012
von: Thomas Messer, Max Schmauss, Cordula Tiltscher
Zertifiziert bis: 2.11.2013
Medien Format: e.CME, e.Tutorial
- ▶ **Evidenzbasierte Tabakentwöhnung: Entzug überwinden, Rückfall verhindern.**
aus: Der Neurologe & Psychiater 9/2012
von: Andreas Jähne, Cornelia Schulz, Tobias Rüter
Zertifiziert bis: 3.9.2013
Medien Format: e.CME, e.Tutorial

Diese Fortbildungskurse finden Sie, indem Sie den Titel in die Suche auf www.springermedizin.de/eAkademie eingeben.

Teilnahmemöglichkeit:

Exklusiv im e.Med-Paket

Mit e.Med können Sie diese und alle übrigen Fortbildungskurse der e.Akademie von Springer Medizin nutzen.

In der e.Akademie werden neben dem Medienformat e.CME (Beitrags-PDF plus CME-Fragebogen) zahlreiche Kurse auch als e.Tutorial angeboten. Dieses Medienformat ist speziell für die Online-Fortbildung konzipiert und didaktisch optimiert. e.Tutorials stehen ausschließlich im e.Med-Paket zur Verfügung.

Weitere Informationen zum e.Med-Paket und Gratis-Testangebot unter www.springermedizin.de/eMed



Literatur:

1. Young, J. E. (1990,1994). *Cognitive Therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota: Practitioner's Resource Series.
2. Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. (2005). *Schematherapie*. Paderborn: Junfermann
3. Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. I. Attachment*. New York: Basic Books.
4. Rogers, C. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. London: Constable.
5. Berne, E. (1967). *Spiele der Erwachsenen*. Reinbek: Rowohlt.
6. Kellogg, S. H. (2004). Dialogical encounters: Contemporary perspectives on «chairwork» in psychotherapy. *Psychotherapy: Research, Theory, Practice, Training*, 41, 310-320.
7. Edwards, D. (2007). Restructuring implicational meaning through memory-based imagery: Some historical notes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 306-316.
8. Giesen-Bloo et al. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder. Randomized trial of schema-focused therapy versus transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.
9. Arntz, A. & van Genderen, H. (2010). *Schematherapie für Borderline-Persönlichkeitsstörung*. Weinheim: Beltz.
10. Jacob, G. A. & Arntz, A. (2011). *Schematherapie in der Praxis*. Weinheim: Beltz.
11. Lobbstaël, J., Vreeswijk, M. van, Arntz, A. (2007). Shedding lights on schema modes: A clarification on the mode concept and its current research status. *Netherlands Journal of Psychology*, 63, 76-85.
12. Zens, C. & Jacob, G. (2012). Schematherapie bei Persönlichkeitsstörungen. In: Stavemann, H. (Hrsg.), *KVT update. Neue Entwicklungen und Behandlungsansätze in der Kognitiven Verhaltenstherapie* (S. 153-178). Weinheim: Beltz.
13. Zarbock, G. & Zens, C. (2011). Bedürfnis- und Emotionsdynamik – Handlungsleitende Konzepte für die Schematherapie. In: E. Roediger & G. Jacob (Hrsg.), *Fortschritte der Schematherapie. Konzepte und Anwendungen* (S. 45-65). Göttingen: Hogrefe.
14. Rafeali, E., Bernstein, D. & Young, J. E. (2011). *Schema Therapy*. New York: Routledge.
15. Jacob, G. A. & Arntz, A. (2011a). *Schematherapie*. Psychotherapeut, Springer Verlag 2011, 56, 247-58.
16. Young, J. E. & Klosko, J. S. (1999). *Reinventing your life*. New York: Plume Books / Division of Penguin Books.
17. Lobbstaël, J. et al. (2010). The reliability and validity of the short Schema Mode Inventory (SMI). *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 38, 437-458.
18. Lobbstaël, J., Vreeswijk, M. van, Arntz, A. (2008). An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 854-860.
19. Bamelis, L., Giesen-Bloo, J., Bernstein, D., Arntz, A. (2011). Effektivitätsstudien zur Schematherapie. In E. Roediger & G. Jacob (Hrsg.), *Fortschritte der Schematherapie. Konzepte und Anwendungen* (S. 86-103). Göttingen: Hogrefe.
20. Jacob, G., van Genderen, H. & Seebauer, L. (2011). *Andere Wege gehen: Lebensmuster verstehen und verändern - ein schematherapeutisches Selbsthilfebuch*. Weinheim: Beltz.
21. Rödiger, E. (2010). *Raus aus den Lebensfallen. Das Schematherapie-Patientenbuch*. Paderborn: Junfermann.
22. Faßbinder, E., Schweiger, U., Jacob, G. (2011). *Therapietools Schematherapie*. Weinheim: Beltz.
23. Arntz, A. & Wertmann, A. (1999). Treatment of childhood memories: Theory and practice. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 715-740.
24. Asselt, A. D. van et. al. (2008). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: cost-effectiveness of schema-focused therapy v. transference-focused psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 192, 450-457.
25. Nadort, M., Arntz, A. et al. (2009a). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 961-973.
26. Farrell, J. & Shaw, I. (2011). Schematherapie-Gruppen für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung: Das Beste aus zwei Welten der Gruppen-Psychotherapie. In E. Roediger & G. Jacob (Hrsg.), *Fortschritte der Schematherapie. Konzepte und Anwendungen* (S.235-258). Göttingen: Hogrefe.
27. Arntz, A. (2011). Schematherapie für Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen. *Zeitschrift für Psychologie, Psychotherapie und Psychiatrie*, 59, 195-204.
28. 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. July 2010, Berlin.
29. Simpson, S. G., Morrow, E., van Vreeswijk, M. & Reid, C. (2010). Group schema therapy for eating disorders: a pilot study. *Frontiers in Psychology*, 1, doi 10.3389/fpsyg.2010.00182.
30. Gross, E.N., Stelzer, N. & Jacob, G. (2012). Treating obsessive-compulsive disorder with the schema mode model. In: Van Vreeswijk, M., Broersen, J., Nadort, M. (Eds.). *Handbook of schema therapy: Theory, Research and Practice* (p. 173-184). Sussex: Wiley.