

Was ist Schematherapie

Die von Jeffrey Young (New York) entwickelte Schematherapie ist ein integratives Psychotherapieverfahren zur Erklärung und Behandlung schwer behandelbarer Störungsbilder mit Ursprüngen in Kindheit und Jugend. Der Ansatz zielt darauf ab, dysfunktionale Beziehungsmuster zu identifizieren, sie als Narben früherer Verletzungen zu verstehen und eine aktive Veränderung herbeizuführen.

Sie entstammt der Kognitiven Verhaltenstherapie, die aber um Techniken der Emotionsaktivierung und des Reparenting, wie sie etwa aus den Humanistischen Therapien bekannt sind, erweitert wurde.

Mit den Mitteln der Schematherapie werden die „Lebensfallen“ an ihren emotionalen biographischen Ursprung zurück verfolgt. Aktuell auftretende dysfunktionale Gefühlszustände werden als Kind-, Eltern- oder Bewältigungs“modi“ aufgefasst und therapeutisch bearbeitet. Im Rahmen dieses entwicklungs-dynamischen Modells kommen emotionsfokussierte, kognitive und behaviorale Interventionen sowie eine sehr fürsorgliche Beziehungsgestaltung zur Anwendung. Dadurch ist die Schematherapie für Therapeuten unterschiedlicher psychotherapeutischer Herkunft attraktiv. Sie hat erstaunliche Erfolge erzielt und sich in mehreren kontrollierten Studien anderen Psychotherapieverfahren als überlegen erwiesen.

Die Schematherapie ist störungsübergreifend und eignet sich in erster Linie zur Therapie schwerer Persönlichkeitsstörungen. Sie kann sowohl in der ambulanten Praxis wie auch stationär angewendet werden.

Das Schemamodell

Schema

Ein Schema ist ein stabil verankerter Komplex aus dysfunktionalen Glaubenssätzen ("ich bin inkompetent und mache alles falsch") und fest damit zusammenhängenden Gefühlen, Wahrnehmungen und Erinnerungen. Es entsteht auf der Basis eines angeborenen Temperaments in der Kindheit oder Jugend, wenn eines oder mehrere der zentralen menschlichen Grundbedürfnisse nicht erfüllt werden. Ein aktiviertes Schema löst bestimmte Handlungs- und Denkweisen – „Bewältigungsformen“ - aus, die meistens dem Zweck dienen, das frustrierte Grundbedürfnis (z.B. nach Bindung) indirekt doch noch, oder aber kompensatorisch ein anderes Grundbedürfnis (z.B. nach Autonomie und Kontrolle) zu erfüllen. Einerseits wegen dieses Ersatz-Gewinns und andererseits, weil Schemata neurobiologisch gesehen als gebahnte „Attraktoren“ wirken, sind sie, einmal gebildet, sehr veränderungsresistent.

Beispiel:

Laura T. (32) hat als Kind immer wieder miterlebt, wie ihre herrschsüchtige und zeitweise schwer depressive Mutter unvermittelt einen kleinen Koffer packte und ankündete, die Familie jetzt für immer zu verlassen. So bildete sich neben anderen Schemata auch das Schema „Verlassenheit/Instabilität (im Stich gelassen sein)“, das immer dann aktiviert wird, wenn Frau T bemerkt, dass sich eine Zeitlang niemand aktiv nach ihr erkundigt hat. Sie fühlt sich dann elementar und schmerzhaft einsam. Üblicherweise beginnt sie daraufhin eine Folge kurzer erotischer Eskapaden, bei denen sie die Männer jeweils am anderen Morgen verächtlich wieder verlässt. Das gibt ihr ein „gutes Gefühl“ (Grundbedürfnisse: Autonomie und Kontrolle, Selbstwerterhöhung). Aufgrund von periodisch ausgeprägtem Suchtmittelkonsum (Grundbedürfnis: Unlustvermeidung) kommt sie wiederholt in die Klinik, wo sie jeweils ein unselbständiges und enges Verhältnis zur Therapeutin sucht (Grundbedürfnis: Bindung). Als sie wegen Drogenkonsums auf der Station die Therapie vorzeitig beenden muss, beschimpft sie die Therapeutin heftig und unter Tränen, nie richtig für sie dagewesen zu sein.

Oft liegen der Schemaentstehung kindliche Traumatisierungen oder Vernachlässigungen zugrunde. Wenn starke (oder unangebracht schwache) Gefühlsreaktionen auftreten, liegt meist eine Schemaaktivierung vor. Young unterscheidet 18 Schemata, die jeweils einem unerfüllten Grundbedürfnis zugeordnet werden, so dass fünf „Schemadomänen“ entstehen (Abbildung 1):

Schema	Grundbedürfnis	Schemadomäne
Verlassenheit / Instabilität Misstrauen / Missbrauch Emotionale Entbehrung Unzulänglichkeit / Scham Soziale Isolation	Sichere Bindung / Schutz	Abgetrenntheit und Ablehnung
Abhängigkeit / Inkompetenz Anfälligkeit für Verletzungen und Krankheiten Verstrickung / unentwickeltes Selbst	Autonomie, Kompetenz	Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung
Anspruchshaltung / Grandiosität Unzureichende Selbstkontrolle / Selbstdisziplin	Realistische Grenzen / Selbstkontrolle	Beeinträchtigung im Umgang mit Begrenzungen
Unterwerfung Selbstaufopferung Streben nach Zustimmung und Anerkennung	Freiheit, Bedürfnisse und Emotionen auszudrücken (Grawe: Selbstwerterhöhung)	Fremdbezogenheit
Negativität / Pessimismus Emotionale Gehemmtheit Überhöhte Standards / übertrieben kritische Haltung Bestrafen	Spontaneität und Spiel (Grawe: Lust und Unlustvermeidung)	Übertriebene Wachsamkeit und Gehemmtheit

Abbildung 1: Schemata, Grundbedürfnisse und Schemadomänen (nach Jacob 2009)

Grundbedürfnisse

Menschen haben eine Reihe zentraler Grundbedürfnisse, die angeboren sind, lebenslang bestehen bleiben und evolutionspsychologisch dem Fortbestand und der Weiterentwicklung

der Art dienen. Besonders in Kindheit und Jugend ist die entwicklungsgerechte Erfüllung der Grundbedürfnisse durch die primären Bezugspersonen unerlässlich. K. Grawe unterscheidet vier Grundbedürfnisse (Bindung, Autonomie & Kontrolle, Selbstwerterhöhung, Lusterhöhung & Unlustvermeidung); J. Young unterscheidet fünf (Bindung, Autonomie, Bedürfnis nach realistischen Grenzen & Selbstkontrolle, Freiheit der Äusserung von Bedürfnissen und Emotionen, Spielfreude). Obgleich Youngs Bedürfnisreihe originell und einleuchtend ist, sind die Grundbedürfnisse nach Grawe empirisch besser validiert.

Temperament

Das Temperament ist weitgehend genetisch determiniert. Neben bestimmten motorischen Fähigkeiten, Aufmerksamkeits- und Fokussierungskompetenzen zeigen sich schon früh Tendenzen wie Zurückhaltung oder Kontaktsuche, Extraversion oder Introversion, Hyperaktivität, Verträumtheit etc. Möglicherweise kann das Temperament eine Schemaentstehung begünstigen: Wenn ein konstitutionell zurückhaltendes Kind von den Bezugspersonen (oder Peers!) immer wieder exponiert oder gedemütigt wird, kann sich daraus z.B. leichter das Schema „Unzulänglichkeit“ entwickeln. Wahrscheinlich bestimmt das Temperament aber besonders den Bewältigungsstil – so wird das zurückhaltend-introvertierte Kind eher am ehesten einen sich fügenden oder vermeidenden Stil entwickeln.

Bewältigungsstil und Bewältigungsreaktion

Vom eigentlichen Schema zu unterscheiden ist die Bewältigungsreaktion bzw. der Bewältigungsstil. Die Bewältigungsform ist das Coping, in dem eine Person mit ihrem aktivierten Schema umgeht. Aktivierte Schemata lösen meist starke und schmerzhaft (primäre) Emotionen aus. Um damit umzugehen bzw. sich davor zu schützen, gibt es drei mögliche Reaktionen: Unterwerfung, Vermeidung und Kompensation. Sie entsprechen grob den evolutionsbiologischen Reaktionen Erstarrung, Flucht oder Kampf. Die Bewältigungsformen entwickeln sich lebensgeschichtlich ebenfalls sehr früh und verfestigen sich zum Bewältigungsstil. Die Person kann sich dem Schema fügen, indem sie sich z.B. beim Schema „Abhängigkeit/Inkompetenz“ (primäre Emotion: Angst und Unsicherheit) tatsächlich sehr anklammernd verhält und durch den vorläufigen Gewinn an Bindung den Schmerz etwas mildert. Oder sie vermeidet im Leben entweder Näsituationen generell bzw. die Wahrnehmung der aktivierten Emotion, z.B. durch Alkohol oder emotionale Panzerung (sekundäre Emotion: Gleichgültigkeit). In der dritten Möglichkeit schliesslich würde sie kompensatorisch bzw. kontra-schematisch handeln, etwa die Partner kritisieren, angreifen (sekundäre Emotion: Wut) und rasch wieder verlassen. Eine Person kann auch zu unterschiedlichen Zeiten unterschiedliche Bewältigungsreaktionen auf das gleiche Schema zeigen.

Beispiel:

Frau T. in dem o.g. Fall zeigt abwechselnd alle drei Formen der Schemabewältigung: Schemaerduldung (indem sie sich als einsam und hilflos erlebt und die Nähe zur Therapeutin sucht), Schemavermeidung (durch periodischen intensiven Suchtmittelkonsum) und Überkompensation (wenn sie die Partner höhnisch verlässt).

Die Bewältigungsreaktion besteht in der Regel in konkretem Verhalten, kann aber auch

kognitiv oder emotional, etwa durch „Abschalten“, „Müdigkeit“ oder durch Rachephantasien, erfolgen.

Das Konzept der Bewältigungsform weist eine gewisse Nähe zu der Unterscheidung zwischen primären und sekundären Emotionen, wie sie z.B. in der Emotionsfokussierten Therapie nach L. Greenberg konzeptualisiert ist, auf; entfernt auch zum psychodynamischen Modell der Abwehrmechanismen.

Das Modusmodell

Entstehung

Im Verlauf seiner Arbeit mit schweren Persönlichkeitsstörungen stellte Young fest, dass bei diesen Störungen, besonders bei der Borderline-Störung, in einem emotionalen Zustand (z.B. ängstliche Hilflosigkeit) oft mehrere Schemata gleichzeitig aktiviert sind (z.B. Emotionale Entbehrung, Verlassenheit/Instabilität, Missbrauch, Verletzbarkeit). Hier schien es ihm sinnvoller, mit den emotionalen Zuständen als mit den einzelnen Schemata zu arbeiten, zumal an den raschen Affektwechsellern der BPS dann fast alle Schemata beteiligt sein können.

Ausserdem bringen das Schema und seine Bewältigungsform oft unterschiedliche emotionale Zustände hervor. Während z.B. das aktivierte Schema „Emotionale Entbehrung“ zunächst mit der kindlichen primären Emotion „ängstliche Hilflosigkeit“ verbunden ist, kann diese bei einem kompensatorischen Bewältigungsstil vom Betroffenen kaum wahrgenommen werden und sofort durch die sekundäre Bewältigungsemotion „Wut“ ersetzt werden. Auch ein Wechsel in die Emotion „Selbsthass“ ist möglich. Und um die Herkunft der emotionalen Zustände besser greifbar zu machen, war es eine naheliegende Metaphorisierung, zwischen Kind-, Eltern- und Bewältigungsmodi zu unterscheiden. Der Schritt vom Schemamodell zum Modusmodell bedeutet insofern auch den Übergang von einer kognitions- zu einer emotionsakzentuierten Sichtweise

Bei Menschen mit selbstunsicherer oder narzisstischer PKS können die Bewältigungsmodi so sehr die Interaktion dominieren, dass das damit verknüpfte Schema und die primären Emotionen schwer zugänglich sind.

Da überdies das Schemamodell in der Praxis einige Schwierigkeiten aufwirft (z.B. in Youngs Unterscheidung zwischen un konditionalen und konditionalen Schemata bzw. „Bewältigungsschemata“) wird heute zunehmend therapeutisch direkt mit dem Modusmodell gearbeitet. Auch die aktuellen europäischen Forschungen zur Schematherapie (z.B. in Maastricht, Mainz und Freiburg) orientieren sich daran.

Schemamodus

Ein Schemamodus ist ein affektiver Zustand, in dem entweder die ursprüngliche Emotion oder die Bewältigungsemotion eines Schemas oder mehrerer gleichzeitig aktivierter Schemata zum Ausdruck kommt. Die Schemamodi werden in 4 Kernkategorien eingeteilt: die kindlichen Modi, die Elternmodi, die dysfunktionalen Bewältigungsmodi sowie den Modus des „gesunden Erwachsenen“ (s. Abb. 2).

Maladaptative Bewältigungsmodi		
Erdulden	<i>Ergebener Mitmacher</i> Ist übermässig angepasst und autoritätsgläubig, konfliktvermeidend, stellt eigene Ansprüche zurück und versichert sich bei anderen. Im Extremfall lässt er widerspruchslos zu, dass schlecht mit ihm umgegangen wird.	Anhänglichkeit, Sicherheit
Vermeiden	<i>Distanzierter Beschützer</i> Wirkt kontrolliert und fassadenhaft, manchmal kühl und distanziert, Emotionen sind abgeschaltet und nicht zugänglich. Charakteristisch sind Leere, Langeweile, psychosomatische Beschwerden.	Innere Leere
	<i>Distanzierender Selbstberuhiger</i> Betreibt (oft suchtähnlich) Ersatzaktivitäten, um schmerzhaft Emotionen nicht wahrzunehmen: Substanzmissbrauch, Workaholismus, exzessiver Sport, eigentlich jede Art exzessiver Zerstreuung, aber auch Dauerfernsehen, Essanfälle. Selbstverletzungen, wenn sie der Spannungsreduktion dienen.	Entspannungsdrang
	<i>Ärgerlicher Beschützer</i> Reagiert gereizt, ironisch und abweisend, wirkt mürrisch. Fühlt sich bei Anforderungen durch andere bedroht, reagiert dann auch aggressiv und entwertend.	Reizbarkeit
Überkompensation	<i>Angeber</i> Tritt egozentrisch und grossspurig auf, als habe er besondere Rechte, zeigt dabei wenig Empathie; prahlt und sucht Bewunderung.	Überlegenheit
	<i>Kontrolleur</i> Kann als Perfektionist auftreten, um Kritik oder Unglück zu vermeiden, oder als misstrauischer Kontrolleur, der andere und ihr Verhalten dauernd auf Indizien für Böswilligkeit hin überprüft.	Misstrauen
	<i>Schikanierer und Angreifer</i> Schädigt andere kontrolliert und absichtlich verbal, emotional, sexuell oder physisch.	Kalte Wut

Kindliche Modi		
Verletzbarkeit	<i>Einsames Kind</i> Fühlt sich wie ein einsames Kind, das nur dann Aufmerksamkeit bekommt, wenn es seinen Eltern alles recht macht. Fühlt sich leer, ungeliebt, nicht liebenswert.	Angst, Traurigkeit
	<i>Verlassenes oder missbrauchtes Kind</i> Erlebt die schweren emotionalen Schmerzen und Ängste von Verlassenheit oder Missbrauch. Fühlt sich extrem verletztlich und allein und sucht nach einer fürsorglichen Elternfigur.	Scham
Ärger	<i>Ärgerliches Kind</i> Ist ärgerlich, wütend oder ungeduldig, weil seine (Grund-) Bedürfnisse nicht erfüllt werden. Der Ärger wird unangemessen ausgedrückt, andere fühlen sich vor den Kopf gestossen.	Zorn
	<i>Wütendes Kind</i> Rastet aus und ist blind vor Ärger und Wut, verletzt andere Menschen oder Dinge.	Hass
Mangel an Disziplin	<i>Impulsives Kind</i> Handelt impulsiv, um seine Bedürfnisse zu befriedigen ohne Rücksicht auf negative Konsequenzen.	Gier
	<i>Undiszipliniertes Kind</i>	Überdross

Kindliche Modi		
	Kann sich nicht dazu bringen, Routinearbeiten zu erledigen, gibt schnell auf. Wirkt oft verwöhnt.	
Glück	<i>Glückliches Kind</i> Fühlt sich geliebt und mit anderen verbunden, kann allein sein und spielt.	Freude, Jubel

Dysfunktionale Elternmodi		
	<i>Strafender Elternteil</i> Innere Stimme, die den Patienten kritisiert und entwertet. Selbstkritik, Selbstverachtung, Selbstverletzungen und Suizidphantasien (wenn sie aus Selbsthass und nicht zur Selbstberuhigung entstehen) sind typisch für diesen Modus	Selbsthass
	<i>Fordernder Elternteil</i> Fühlt sich nur durch Leistung, Disziplin und Perfektionismus akzeptiert. Vertritt auch die Ansicht, dass man bescheiden bleiben und sich nicht überheblich gebärden dürfe, Spontaneität und Äusserung eigener Wünsche sind unzulässig	Schuld

Modus des gesunden Erwachsenen		
	Ist in der Lage, alle eigenen Modi selbst angemessen zu behandeln und zu integrieren. Kann erwachsenen Funktionen wie Übernahme von Verantwortung und Verpflichtungen ausfüllen, kann mitleiden, sich mitfreuen und seine Zeit lebenszielorientiert gestalten.	Empathie

Abb. 2: Die Schemamodi (in Anlehnung an Lobbestael 2007 und Jacob 2009) mit den Leitemotionen

Schematherapie

Fallkonzeption

Durch Fragebögen (z.B. den Modusfragebogen, SMlr), durch klinische Beobachtung und z.T. auch durch diagnostisch eingesetzte Imaginationen wird zu Beginn der Behandlung für jeden Patienten sein individuelles Moduskonzept erstellt. Wie auf einer Landkarte sind in einer rechten Spalte seine primären Eltern-Modi und Kind-Modi, in einer linken Spalte seine Bewältigungsmodi aufgetragen (s. Abb. 3).

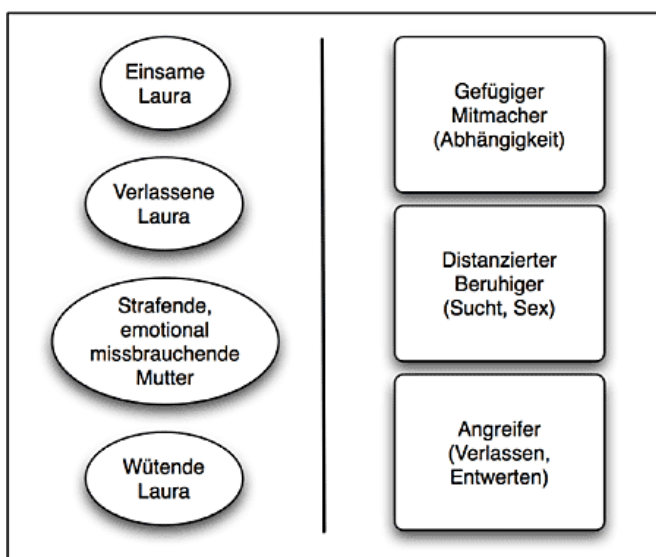


Abb. 3: Moduskonzept Laura T.

Therapeutische Techniken

In der Schematherapie verwendeten Interventionen lassen sich in vier Klassen einteilen:

Kognitive Interventionen

In der Schematherapie ist das Modell transparent und wird dem Patienten vollständig erläutert. Das individuelle Moduskonzept wird gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet und der Therapieplan besprochen. Psychoedukativ werden Informationen aus der Emotionstheorie, der Sozialpsychologie, Evolutionslehre und Neurobiologie gegeben. Wichtig sind (Sokratische) Schemadialoge bzw. kognitives Testen dysfunktionaler Bewältigungsstrategien, Pro- und Contra-Listen, Memo-Karten, Schematagebücher.

Behaviorale Interventionen

Der Schematherapeut arbeitet mit (Modus-) Verhaltensanalysen, dem gesamten verhaltenstherapeutischen Repertoire zur schrittweisen Änderung dysfunktionalen Verhaltens, Hausaufgaben (mit Verhaltensanalyse, falls sie nicht durchgeführt werden konnten).

Emotionsaktivierende Interventionen

Eine besondere Rolle der in der Schematherapie spielen Imaginationen und Stuhlarbeit (Chairwork). Imaginationen werden als einerseits zur Schema-/Modusidentifikation als auch im Sinne der „Imagery Reprocessing and Rescripting Therapy (IRRT)“ zur Schema-/Modusveränderung benutzt.

Bei der Imagination versetzt sich der Patient mit geschlossenen Augen auf dem Weg über eine aktuelle, emotional aufgeladene Szene zurück in eine emotionsanaloge Kindheitsszene. In dieser, im Präsens und kognitiv/emotional/sensorisch detailliert berichteten Szene kann einerseits die Versagung von Grundbedürfnissen nacherlebt und damit die Herkunft der heutigen Emotion nachvollzogen, andererseits aber auch die Szene imaginativ verändert und im Sinne einer nachholenden Bedürfnisbefriedigung „umgeschrieben“ werden, woraus dem Patienten neue Freiheitsgrade für heutiges Handeln erwachsen.

Insbesondere verletzbare Kindanteile können in der Imagination aufgesucht und gegenüber dysfunktionalen Elternmodi in ihr Recht gesetzt werden.

In der sogenannten Stuhlarbeit (Chairwork), die der Gestalttherapie entlehnt ist, werden Dialoge mit und zwischen einzelnen Modi hergestellt, wobei der Patient auf einem bestimmten Stuhl jeweils die Rolle eines Modus einnimmt und die anderen Stühle als Platzhalter weiterer Modi dienen.

Mit dieser Technik können besonders maladaptative Bewältigungsmodi und dysfunktionale Elternanteile, aber auch wütende Kindanteile adressiert werden. Gut eignet sie sich auch zur Integrationsleistung des „gesunden Erwachsenen“.

Es gibt zahlreiche weitere emotionsaktivierende Möglichkeiten: Mitbringen von alten Photos oder Kindheitsgegenständen, Aufsuchen von Kindheitsorten, alte Super-8 Filme oder Videos, etc.

Therapeutische Beziehung

Die therapeutische Beziehung wird in der Schematherapie besonders aktiv gestaltet und als therapeutisches Instrument eingesetzt. Unter der Leitfrage „Was brauchen die Kindanteile in dieser Situation?“ hat der Therapeut unterschiedliche Strategien vom Vorübergehenden Nachbeeltern (limited reparenting) bis zur Empathischen Konfrontation (empathic confrontation) zur Verfügung.

Unter der Technik der Modusgerechten Intervention wird der differenzierte Umgang mit unterschiedlichen Modi verstanden.

Den dysfunktionalen Bewältigungsmodi wird mit sehr viel Validierung, im Fall der überkompensatorischen Modi aber auch mit klarer Begrenzung (empathic confrontation) begegnet. Letzteres gilt auch für wütende Kindanteile und in noch deutlicherer Form (limit setting) in der Begegnung mit dysfunktionalen Elternmodi, denen gegenüber der Therapeut als entschiedener und schutzgebender Anwalt verletzter Kindanteile auftritt und die er in Imagination und Stuhlarbeit u.U. klar in ihre Schranken oder gar aus der Szene weist. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, um negativen therapeutischen Reaktionen seitens der Patienten vorzubeugen, darauf hinzuweisen, dass die Auseinandersetzung weniger mit den realen Eltern, als vielmehr mit den verinnerlichten Elternbildern geführt werden, die heute meist eine wesentlich grössere Macht über den Patienten haben.

Therapieablauf

Für die Borderline-Persönlichkeitsstörung, die Narzisstische PKS und die Cluster C-Persönlichkeitsstörungen liegen mittlerweile störungsorientierte Therapiekonzepte vor. Ansonsten ist die Schematherapie aber eine störungsübergreifende Methode, bei der für Patienten mit unterschiedlichen Störungen individuelle Modus- und Fallkonzepte erstellt werden können.

Gewissermassen den Ariadnefaden der Therapie stellt die Suche nach dem verletzten (einsamen oder verlassenen) Kind dar. Bei der Narzisstischen PKS und den Cluster C-PKS sind u.U. zunächst erheblich ausgeprägte Barrieren aus Bewältigungsmodi zu überwinden (Stuhlarbeit!). Nach angemessenem Rescripting im oft mit erschreckenden Erinnerungen besetzten Zentrum des Labyrinths (s. Abb. 4) kann unter Beibehalten des Limited Reparenting der Weg in die Freiheit angetreten werden: Erkennen und Akzeptieren aller eigenen Anteile, integrative Stuhlarbeit sowie verstärkt kognitiv-verhaltensorientierte Interventionen (Memokarten, Exposition etc.) markieren den Weg zur kognitiven Kontrolle und zur integrativen Regieleistung des „gesunden Erwachsenen“.



Abb. 4: Die Suche nach dem verletzten Kind als Ariadnefaden der Therapie

Modi des Therapeuten

Auch die Reaktionsmuster von Therapeuten lassen sich im Modusmodell konzeptualisieren, ohne dass hierfür Konstrukte wie „Gegenübertragung“ oder „oszillierende Täter-Opfer-Dyaden“ bemüht werden müssen. In jedem Fall ist es wichtig, dass der Therapeut eine modusorientierte Selbsterfahrung gemacht hat.

Modus-Clash

Bestimmtes Patientenverhalten kann im Therapeuten die zeitgleiche Aktivierung konfligierender Modi auslösen. So kann beispielsweise das klagende Fordern eines distanziert beschützenden Patientenmodus im Therapeuten einerseits einen fordernden Elternmodus mit dem beteiligten Schema Selbstaufopferung, andererseits einen eigenen distanzierten Beschützermodus auf den Plan rufen - etwa wenn der Therapeut in der Kindheit unter klagenden Eltern zu leiden hatte.

Modus-Eskalation

Auch kann z.B. das fordernd-vorwurfsvolle Verhalten (ärgerliches Kind) eines Patienten vom Therapeuten elternähnlich erlebt werden und in ihm einen ärgerlichen Beschützermodus oder einen ärgerlichen Kindmodus auslösen, welcher wiederum im Patienten einen strafenden Elternteil mit Selbsthassfolge aktiviert, die z.B. zur Selbstverletzung führt. Hierauf reagiert der (unerfahrene) Therapeut vielleicht mit verstärktem „Ärger“ (ärgerliches Kind oder ärgerlicher Beschützer) mit entsprechender Reaktion usw.

Modus-Induktion

In der Neuropsychologie der Theory of Mind wird zwischen der kognitiven Perspektivübernahme („ich kann mir denken, was du fühlst“- eigentliche ToM) und der vermutlich durch Spiegelneurone vermittelten Affektinduktion („ich fühle, was Du fühlst“- eigentliche Empathie) unterschieden. Das Phänomen der Affektinduktion erklärt nicht nur, warum wir im Kontakt mit einem traurigen Menschen Traurigkeit fühlen und warum Freude oder Angst ansteckend sein können, sondern auch, warum das ärgerliche oder wütende Gegenüber in uns unmittelbar Ärger und Wut induziert.

Zusammenfassung

Das an der kognitiven VT orientierte Schemamodell unterscheidet 18 kognitiv-emotionale Schemata, die aus der Frustration unterschiedlicher Grundbedürfnisse entstanden sind, mit den jeweils möglichen drei Bewältigungsformen Erduldung, Vermeidung oder Kompensation..

Das stärker emotionsfokussierte Modusmodell unterscheidet 14 – 16 emotional-kognitive Gesamtzustände, die je nach ihrer Herkunft und Funktion als Kind-, Eltern- oder Bewältigungsmodi aufgefasst werden.

Mit emotionsaktivierenden, kognitiv-behavioralen und beziehungsorientierten Interventionen wird im Moduskonzept versucht, die primären und frustrationsnahen Emotionen des vulnerablen Kindmodus aufzufinden, sie gegen kritische und strafende Selbstanteile zu stärken und zum akzeptierten Bestandteil einer erwachsenen Gesamtpersönlichkeit werden zu lassen.

Weiterführende Literatur zur Schematherapie

- Arntz A, van Genderen H (2010).
Schematherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung.
Weinheim: Beltz
- Ball S A (2004).
Treatment of personality disorders with co-occurring substance dependence: dual focus schema therapy.
In: Magnavita J J (Hrsg). Handbook of Personality Disorders.
Hoboken: Wiley
- Behary W T (dt. 2009).
Der „Feind“ an Ihrer Seite.
Paderborn: Junfermann
- Berbalk H & Young J E (2009).
Schematherapie.
In: Margraf, J u Schneider S (Hrsg.) Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen.
Heidelberg: Springer
- Boos A & Smucker M (2004).
Konfrontationsbehandlung nach Typ-II-Traumatisierungen.
In Neudeck P & Wittchen H (Hrsg.).
Konfrontationsbehandlung bei psychischen Störungen – Theorie und Praxis.
Göttingen: Hogrefe.
- Dieckmann E, Behary W T (2010).
Schematherapie. Ein Ansatz zur Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen.
Psychiatrie up2date
- Dieckmann, E.
Schematherapie für die narzisstische Persönlichkeitsstörung
in: Roediger E, Jacob GA (Hrsg).
Fortschritte der Schematherapie.
Göttingen: Hogrefe (Im Druck).
- Giesen-Bloo J et al (2006).
Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder.
Arch Gen Psychiatry / Vol.63
- Yeomans F (2007).
Questions Concerning the Randomized Trial of Schema-Focused Therapy vs Transference-Focused Psychotherapy.
Arch Gen Psychiatry, Vol 64
- Giesen-Bloo J u. Arntz A (2007).
Questions Concerning the Randomized Trial of Schema-Focused Therapy vs Transference-Focused Psychotherapy—Reply.
Arch Gen Psychiatry, Vol 64.
- Farrell J M, Shaw I A u Webber M A (2009).
A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial.
Journ Behav Ther Exp Psych, Vol 40

- Greenberg LS (2002).
Emotionsfokussierte Therapie.
Paderborn: Junfermann
- Greenberg LS et al (2003).
Emotionale Veränderung fördern.
Paderborn: Junfermann
- Grutschpalk J (2009).
Diagnostik im Rahmen der Schematherapie unter besonderer Berücksichtigung der Persönlichkeitsakzentuierungen.
Diss. Univ. Hamburg, FB Psychologie
- Holmes E A, Arntz A, Smucker M R (2007).
Imagery rescripting in cognitive behaviour therapy: Images, treatment techniques and outcomes,
Journ Behav Ther Exp Psy, Vol 38
- Jacob G, Dieckmann E & Lieb K (2007).
Schematherapie bei schweren Persönlichkeitsstörungen.
Info Neurologie Psychiatrie, 9
- Jacob G, Bernstein D, Lieb K, Arntz A (2009).
Schematherapie mit dem Modus-Konzept bei Persönlichkeitsstörungen.
up2date (3)
- Lammers C-H (2007).
Emotionsbezogene Psychotherapie.
Stuttgart: Schattauer
- Nissen L, Bader K (2008).
Schematherapie nach Jeffrey Young. Grundlagen und Stand der Forschung.
Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis 40 (2)
- Nissen L, Poppinger M (2008).
Eine Fallkonzeption zur Schematherapie nach Jeffrey Young.
Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis 40 (2)
- Roediger E (2009).
Praxis der Schematherapie: Grundlagen, Anwendungen, Perspektiven.
Stuttgart: Schattauer
- Roediger E (2009).
Was ist Schematherapie? Eine Einführung in Grundlagen, Modell und Anwendung.
Paderborn: Junfermann
- Roediger E (2007).
Die Behandlung von selbstabwertenden Schemata,
PTT 11 (1)
- Roediger E (2008).
Stationäre Schematherapie auf einer Psychosomatischen Akutstation.
Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 40 (2)
- Roediger E (2009).
Schematherapie bei PatientInnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen und ihre Beziehungsgestaltung – Alternative oder Ergänzung zur Dialektisch-Behavioralen Therapie?
Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 41 (2)

- Roediger E u. Jacob G (Hrsg.) (2010).
Fortschritte der Schematherapie: Konzepte und Anwendungen.
Göttingen: Hogrefe
- Smucker M, Reschke K, Kögel B (2008).
Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy: Behandlungsmanual für Typ I Trauma.
Aachen: Shaker
- Spinhoven P et al (2007).
The Therapeutic Alliance in Schema-Focused Therapy for Borderline Personality Disorders.
Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75 (1)
- Sturm M, Bader K (2008).
Schematherapie nach Young und Allgemeine Psychotherapie nach Grawe – Gegensatz oder Ergänzung?
Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis 40 (2)
- Young J E, Klosko J S, Weishaar M E (dt.2005).
Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch.
Paderborn: Junfermann

Weiterführende Links zur Schematherapie

International

- International Society for Schema Therapy
<http://www.ISST-online.com>
- Schematherapie-Institut Jeffrey Young
<http://www.schematherapy.com/>

Kooperierende Schematherapie-Institute

In der Schweiz

Basel

- Schematherapie-Curriculum an der Verhaltenstherapie-Ambulanz der PUK Basel
http://www.upkbs.ch/data/erwachsene/kompetenzzentrum_psychotherapie/weiterbildung_schematherapie_10_11.pdf
Verantwortlich: Marina Poppinger lic. phil

In Deutschland

Frankfurt

- Institut für Schematherapie Frankfurt
<http://www.schematherapie-frankfurt.de>
Verantwortlich: Dr. Eckard Roediger

Berlin

- Institut für Schematherapie Berlin
<http://www.schematherapie-berlin.de>
Verantwortlich: Dipl.-Psych. Werner Puschmann & Dr. Barbara Costaz

Hamburg

- Institut für Schematherapie Hamburg am IVAH
<http://www.schematherapie-hamburg.de>
Verantwortlich: Dipl.-Psych. Christine Zens

Köln

- Institut für Schematherapie Köln
<http://www.schematherapie-koeln.de>
Verantwortlich: Dipl. Psych. Petra Baumann-Frankenberger

Freiburg

- Schematherapie-Fortbildung am FAVT Freiburg
http://www.favt.de/fortbildung_neu
Verantwortlich: Dr. Eva Dieckmann