Schematherapie – ein Überblick

Die Schematherapie verbindet kognitive, emotionsorientierte und behaviorale Techniken sowie die Arbeit mit der therapeutischen Beziehung zu einem systematischen und transparenten Vorgehen.

Die Schematherapie (ST) wurde von Jeffrey Young als eine Weiterentwicklung der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) konzipiert (Young et al., 2008), insbesondere für Klienten, bei denen sich das klassische Vorgehen der KVT als nicht ausreichend wirksam erwies. Dies war zumeist bei komplexen Störungsbildern der Fall, z.B. bei Persönlichkeitsstörungen oder auch chronisch verlaufenden Achse-I-Störungen. Die ST zeichnet sich durch die systematische Einbeziehung zusätzlicher konzeptueller Elemente in die KVT aus (Young et al., 2008; Zens & Jacob, 2012), u.a. der Bindungstheorie, der Bedürfnisorientierung humanistischer Verfahren, der Fokussierung biografischer Aspekte bei der Entstehung psychischer Störungen oder der Aspekt der Interaktion verschiedener Selbstanteile. Auf der Interventionsebene kommen neben den klassischen KVT-Techniken vor allem emotionsorientierte Interventionen zum Einsatz, wie sie auch in Hypnotherapie, Psychodrama oder Gestalttherapie genutzt werden. Ein weiterer zentraler Bestandteil der ST ist die starke Betonung der therapeutischen Beziehungsgestaltung.

1. Grundkonzepte

Die grundlegenden Konzepte der Schematherapie sind die (maladaptiven) Schemata, Bewältigungsstrategien und Modi einer Person. Dabei nehmen die universellen Grundbedürfnisse eine zentrale Position im gesamten Behandlungskonzept ein.

1.1 Universelle Grundbedürfnisse und Schemata

Neben Faktoren wie z.B. Vernachlässigung, Traumatisierung oder Überprotektion ist auch Modelllernen zentral für die Entstehung von Schemata. Im Zusammenspiel mit dem angeborenen Temperament und dem kulturellen Hintergrund eines Kindes kommt es im Rahmen der Sozialisation zur Erfüllung oder Frustration von Bedürfnissen, was zur Ausbildung von adaptiven oder maladaptiven Schemata führt. So könnte ein Kind in Folge der anhaltenden Frustration seines Sicherheitsbedürfnisses, z.B. durch das Aufwachsen in einer instabilen Umgebung, das Schema "Verlassenheit/Instabilität" entwickeln. Personen mit diesem Schema leben in der Überzeugung und andauenden Angst, von Anderen verlassen oder im Stich gelassen zu werden.

Ein Schema ist definiert als "umfassendes Thema oder Muster, das aus Erinnerungen, Emotionen, Kognitionen und Körperempfindungen besteht, welches in Kindheit oder Adoleszenz entstanden ist und im Laufe des Lebens weiter ausgeprägt wurde" (Young et al., 2008). Young et al. beschreiben auf der Grundlage klinischer Beobachtungen 18 maladaptive Schemata, die entsprechend der universellen Grundbedürfnisse fünf sogenannten Schemadomänen zugeordnet werden. Tabelle 1 (Seite 44) zeigt einen Überblick der Schemata, der Schemadomänen und dazugehörigen universellen Grundbedürfnisse.

1.2 Schemacoping

Schemata umfassen das emotionale Wissensspektrum eines erwachsenen Menschen und beeinflussen die Wahrnehmung und Reaktion in aktuellen Situationen. Mit der Aktivierung eines maladaptiven Schemas sind in der Regel starke negative Affekte wie z.B. Angst, Trauer oder Wut verbunden. Die Reaktion auf ein Schema ist dabei zunächst flexibel. Neben der Möglichkeit von funktionalem Verhalten kommt es oftmals zu dysfunktionalen Bewältigungsreaktionen. Diese wirken grundsätzlich schemaerhaltend, da der zugrundeliegenden Bedürfnisfrustration nicht entgegengewirkt werden kann und es nicht zu einer korrigierenden Erfahrung kommt. Die grundlegenden Konzepte der Schematherapie sind die (maladaptiven) Schemata, Bewältigungsstrategien und Modi einer Person

DPtV-KONGRESS 2016

Tabelle 1. Schemata, Schemadömanen und Grundbedürfnisse (nach Young et al., 2008)		
Schemata Schemata	Schemadomänen	Grundbedürfnisse
1. Verlassenheit/Instabilität	Abgetrenntheit und	Sichere Bindung
2. Misstrauen/Missbrauch	Ablehnung	(Sicherheit, Stabilität,
Emotionale Entbehrung		Akzeptanz, Versorgung,
4. Unzulänglichkeit/Scham		Schutz, Zuwendung)
Soziale Isolation/Entfremdur	1. -	
6. Abhängigkeit/Inkompetenz	Beeinträchtigung von	Autonomie, Kompetenz, Identitätsgefühl
 Anfälligkeit für schädigende Einflüsse und Krankheiten 	Autonomie und Leistung	
 Verstrickung/Unentwickelter Selbst 	S	
9. Versagen		
Anspruchshaltung/Grandios	ität Beeinträchtigungen im Umgang	Realistische Grenzen und Selbstkontrolle
 Unzureichende Selbstkontro Selbstdisziplin 	lle/ mit Begrenzungen	
12. Unterwerfung	Fremdbezogenheit	Freiheit im Ausdruck von Bedürfnissen und Emotionen
13. Selbstaufopferung		
 Streben nach Zustimmung u Anerkennung 	nd	
15. Negativität/Pessimismus	Übertriebene Wachsamkeit und	Spontanität und Spiel
16. Emotionale Gehemmtheit	Gehemmtheit	
17. Unerbittliche Standards/ Übertrieben kritische Haltun	g	
18. Strafneigung		

Young unterscheidet dabei die Vermeidung, bei der ein Schema oder eine mit einer Schemaauslösung verbundene Emotion verhindert wird, und die Überkompensation, bei der die Emotion durch eine dem Schema entgegengesetzte Reaktion reguliert wird. Als dritte Strategie dient das Erdulden, bei dem die zur Schemaaktivierung gehörenden Emotionen als wahr betrachtet und ausgehalten werden. Am Beispiel des Schemas "Verlassenheit/Instabilität" könnte dies bedeuten, keine Beziehung einzugehen (Vermeidung), bei minimaler Verunsicherung aggressiv zu reagieren oder mit Trennung zu drohen (Überkompensation) oder unzuverlässige Beziehungen zu führen (Erduldung/Unterwerfung).

1.3 Das Schemamoduskonzept

Insbesondere Patienten mit schweren Störungsbildern haben in der Regel viele Schemata und erleben die damit verbundenen negativen Emotionen bzw. die daraus resultierenden dysfunktionalen Bewältigungsstrategien häufiger und oft sehr intensiv. Um die daraus resultierende Komplexität zu reduzieren, entwickelte Young das Moduskonzept der Schematherapie, welches vor allem von Arntz und Kollegen weiter ausformuliert wurde (Lob-

bestael et al., 2007; Arntz & van Genderen, 2010). Schemata und Schemabewältigungsreaktionen werden dabei zusammengefasst und anhand des dominierenden Affektzustands bzw. der Funktionalität beschrieben. So können alle beteiligten Schemata und Reaktionen in einer Intervention gleichzeitig bearbeitet werden, ohne sie z.B. jeweils explizit benennen zu müssen. Der Modusansatz der ST ist für Patienten sehr gut zugänglich und ermöglicht in der Therapie ein schnelles und flexibles Ableiten geeigneter Interventionen (Zens & Jacob, 2014). Daher wird er mittlerweile auch für die Behandlung leichterer Störungsbilder, in der Gruppentherapie (Farrell & Shaw, 2013), der Therapie von Kindern und Jugendlichen (Loose et al., 2013), der Paartherapie (Roediger, 2016) sowie in der Selbsterfahrung (Brüderl et al., 2015) und der Supervision (Zens & Jacob, 2015) eingesetzt.

Ein Modus ist definiert als der in einer Person aktuell vorherrschende Gesamtzustand. Damit werden alle in einem Moment aktivierten Schemata, Emotionen und Reaktionen beschrieben. Es werden vier Modusklassen unterschieden (Jacob & Arntz, 2015):

 Maladaptive Kindmodi entwickeln sich in Folge von anhaltender Bedürfnisfrustration in Kindheit und Jugend. Die jeweils dominierenden Affektzustände, z.B. Trauer, Angst, Wut oder Frustration beschreiben dabei die genaue Art des Kindmodus. So können verletzbare, ärgerlich/wütende und undisziplinierte Kindmodi unterschieden werden. In einem Kindmodus erleben Personen sich oft in direkter Verbindung mit Kindheitserinnerungen.

- Dysfunktionale strafende oder fordernde (Eltern-)Modi werden mit Selbstabwertung, Selbstbestrafung, Selbsthass, innerer Schuldzuschreibung und Druck in Verbindung gebracht. Dabei geht es nicht nur um elterliche Einflüsse, sondern um alle Umgebungsfaktoren, die in der Sozialisation eines Kindes und Jugendlichen wichtig waren, also z.B. auch Lehrer, Geschwister und Peers.
- Dysfunktionale Bewältigungsmodi beschreiben Zustände der Vermeidung, der Überkompensation und der Unterwerfung. Sie entstehen, wenn dysfunktionale Bewältigungsstrategien besonders oft und in starkem Maße zum Einsatz kommen. Alle Bewältigungsmodi dienen dazu, vor negativen Emotionen zu schützen.
- 4. Funktionale Modi beschreiben gesunde, ressourcenhaltige Anteile einer Person. Im Modus des glücklichen Kindes befindet sich eine Person zufrieden und in sich ruhend im Hier und Jetzt. Im Modus des gesunden Erwachsenen kann eine Person ihre Ziele in angemessener Abstimmung mit der Umwelt verfolgen und ist so z.B. in der Lage, sich selbstfürsorglich, verantwortlich und zielorien-

tiert zu verhalten, aber auch mit Frustrationen umzugehen.

2. Behandlung

Eine Schematherapie ist insbesondere dann sinnvoll, wenn sich bei der Störungsentwicklung eine lebensgeschichtliche Komponente zeigt und beispielsweise keine akuten psychotischen Symptome oder eine Suchtproblematik dem Einsatz widersprechen. Patienten mit akuten Auswirkungen von Achse-I-Störungen, z.B. deutlichem Untergewicht bei Anorexia nervosa, müssen vorab stabilisiert worden sein.

2.1 Psychoedukation und Fallkonzeptualisierung

Am Anfang jeder schematherapeutischen Behandlung steht eine allgemeine Psychoedukation, wozu auch vorliegende Informationsblätter oder grafische Darstellungen genutzt werden können (Faßbinder et al., 2011; Zens & Jacob, 2015b). Anschließend erfolgt die individuelle Fallkonzeptualisierung, bei der alle in der Anamnese erhobenen Symptome, Interaktionsmuster und Probleme sowie zentrale biografische Ereignisse eingearbeitet werden können. Abbildung 1 zeigt exemplarisch die grafische Darstellung eines Fallkonzepts.

Fallbeispiel:

Mary S., 22 Jahre, ist in einer instabilen, vernachlässigenden Umgebung aufgewachsen. Die Mutter litt unter starken Depressionen, während der Vater trank und seine fünf Kinder sich selbst überließ. Ab dem 10. Lebensjahr kam es zu sexuellen Übergriffen durch den ältesten Bruder. Glückliche Momente erlebte sie beim Spielen und Spazierengehen mit ihrem Hund. Mary S. leidet heute an starkem Selbsthass, hat massive Stimmungsschwankungen mit Verlustangst, Verzweiflung und Wutausbrüchen. Sie zieht sich oft zurück, erlebt Dissoziationen, trinkt Alkohol und nutzt Selbstverletzung zur Emotionsregulation. In der Therapie möchte sie vor allem lernen, emotionale Krisen besser zu meistem.

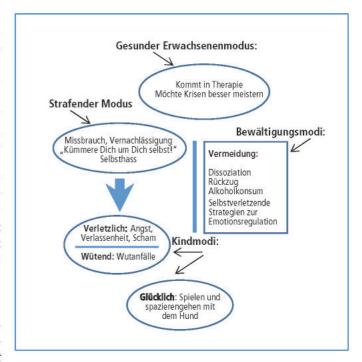


Abbildung 1. Fallkonzept von Mary S.

DPtV-KONGRESS 2016



Christine Zens

Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Leiterin des Instituts für Schematherapie Hamburg (IST-HH). Dozentin, Supervisorin und Selbsterfahrungsleiterin in Verhaltenstherapie und Schematherapie. Niedergelassen in eigener Praxis in Hamburg (VT).



PD Dr. Gitta Jacob

Leitende Psychotherapeutin und Supervisorin für Verhaltenstherapie und Schematherapie, Klinische Psychologie und Psychotherapie, GAIA AG Hamburg. Davor langjährige klinische und wissenschaftliche Tätigkeit an der Universität Freiburg.

Die Behandlung in der Schematherapie orientiert sich immer an den (unerfüllten) Grundbedürfnissen eines Patienten



Das umfangreiche Literaturverzeichnis finden Sie im Internet unter www.dptv.de.

2.2 Therapeutisches Vorgehen

Das übergeordnete Ziel einer Schematherapie besteht darin, mit dem Patienten zusammen herauszuarbeiten, welche Bedürfnisse in Kindheit und Jugend nicht erfüllt worden sind, welche Schemata und Modi daraus entstanden sind und wie aktuelle Bedürfnisse angemessener erfüllt werden können. Dies eröffnet die Möglichkeit, Symptomverhalten und problematische Interaktionsmuster zu reduzieren.

Die Behandlung erfolgt dabei mit kognitiven (z.B. Psychoedukation, Pro & Contra, Modus-Memokarten), erlebnisorientierten (z.B. Imaginationstechniken, Stuhldialoge) und behavioralen (z.B. Ärgerausdrucksübungen, SKT-Training)

Interventionsstrategien. In der Arbeit mit der therapeutischen Beziehung ist das Konzept des "Limited Reparenting" handlungsleitend. Dabei werden die unerfüllten Grundbedürfnisse des Patienten adressiert, in den Grenzen des therapeutischen Settings erfüllt und gesundes, selbstfürsorgliches Verhalten modelliert. Das "limited reparenting" enthält dabei sowohl fürsorgliche als auch begrenzende Aspekte. Zudem müssen Patienten gelegentlich auch mit den schädlichen Auswirkungen eines Verhaltens empathisch konfrontiert werden, ohne sie dabei zu verurteilen, z.B. wenn sich ein Patient durch riskantes Verhalten in einem Bewältigungsmodus immer wieder selbst in Gefahr bringt.

Die Behandlung in der Schematherapie orientiert sich immer an den (unerfüllten) Grundbedürfnissen eines Patienten und erfolgt dabei prinzipiell modusgeleitet. Der Therapeut stellt sich flexibel auf den jeweiligen Modus ein und orientiert sich an folgenden Zielen (Zens & Jacob, 2014):

- Dysfunktionale Bewältigungsmodi werden benannt und ggf. empathisch konfrontiert, hinsichtlich des früheren adaptiven Werts anerkannt und in Bezug auf die Folgen in der Gegenwart reduziert,
- Verletzbare Kindmodi werden validiert, unterstützt, getröstet und prozessiert,
- Ärgerliche/Wütende Kindmodi werden ventiliert, in ihren Grundbedürfnissen validiert und

- im angemessen Ausdruck angeleitet,
- Impulsive/Undisziplinierte Kindmodi werden in den Bedürfnissen wahrgenommen, aber auch begrenzt. Frustrationstoleranz wird angeleitet,
- Strafende und fordernde Modi werden hinterfragt, begrenzt und bekämpft,
- Funktionale Modi werden verstärkt und gefördert.

Interventionsbeispiel Stuhldialog:

Mary S. wirkt in der Stunde sehr abwesend. Sie berichtet oberflächlich von einem Streit. Die Therapeutin schlägt einen Stuhldialog vor und stellt einen Stuhl für den Vermeidungsmodus ("Mauer") und einen weiteren für den gesunden Erwachsenenmodus ("große Mary") auf. Auf dem Stuhl der Mauer werden zunächst alle Vorteile für diesen Anteil gesammelt, u.a. nennt Mary S. "Selbstschutz", "funktionieren können" und "unangreifbar sein". Nachdem die Mauer hinsichtlich ihres früheren adaptiven Werts anerkannt wurde, setzt sich Mary S. auf den Stuhl der "großen Mary" und entgegnet der Mauer mit Hilfe der Therapeutin die Nachteile, die dieses Verhalten gegenwärtig mit sich bringt. Sie benennt u.a. "niemand sieht mich wirklich" und "die Angst wird nicht besser". Schließlich kommt der Anteil der "kleinen Mary" (verletzbarer Kindmodus) mit Trauer und Angst zum Vorschein. Der Modus wird auf einen weiteren Stuhl gesetzt und dort von der Therapeutin validiert und

DPtV-KONGRESS 2016

getröstet. Nach dieser Intervention ist Mary S. wieder besser mit ihren Gefühlen im Kontakt und kann von dem auslösenden Streit genauer berichten.

3. Fazit

In ihrem therapeutischen Vorgehen verbindet die Schematherapie systematisch kognitive, erlebnisorientierte und behaviorale Techniken sowie die Arbeit mit der therapeutischen Beziehung zu einer zielgerichteten und gleichzeitig flexiblen Gesamtstrategie. Die Schematherapie kann damit als ein integratives Verfahren betrachtet werden, welches in der Lage ist, in der Therapie auf verschiedensten Ebenen anzusetzen und dabei die Ressourcen von Patienten wie auch eventuell vorhergehende Therapieerfahrungen wertschätzend und effizient mit einzubeziehen. Insbesondere durch den Modusansatz der ST können unterschiedliche Problemkonstellationen konzeptualisiert und behandelt werden. womit die ST als grundsätzlich störungsübergreifendes Konzept be-

trachtet werden kann. Die Effizienz der ST ist überzeugend durch Studien bei der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen belegt (z.B. Giessen-Bloo et al., 2006; Bamelis et al., 2015). Es liegen aber auch erste positive Pilotstudien für verschiedene Achse-I-Störungen (z.B. Gross et al., 2012) sowie gute Erfahrungen im forensischen Setting (D. Bernstein, ISST-Kongressbeitrag 2016) vor. Damit kann die ST unter den "3.-Welle-Verfahren" zu einer der am besten evaluierten Ansätze gezählt werden.