

VON EINSAMEN KINDANTEILEN BIS ZU DISTANZIERTEN BESCHÜTZERN – SCHEMATHERAPEUTISCHE KONZEPTE IN BERATUNG UND THERAPIE

KRISTINA LÜHR

PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTIN, ADVANCED
SCHEMATHERAPEUT

(OPFERHILFE HAMBURG UND INSTITUT FÜR SCHEMATHERAPIE
HAMBURG)



INHALTLICHE ÜBERSICHT

- Kurze Einführung in die Schematherapie nach Young
- Anwendung des schematherapeutischen Ansatzes in der psychotherapeutischen Behandlung anhand von Fallbeispielen aus der Praxis
- Einblick zu Forschungsbefunden zur Schematherapie

AUS DER PRAXIS...

- „Ich verstehe, was Sie meinen. Aber mein Bauchgefühl sagt mir was anderes.“
- „Ich weiß auch nicht, warum ich immer wieder auf den gleichen Typen reinfalle.“
- „Ich denke, ich kann es schaffen. Und dann überkommt mich wieder die Angst.“
- „Ich muss aufpassen, wem ich vertraue, sonst werde ich wieder enttäuscht.“
- „Ich wünsche mir so sehr, dass meine Eltern mich mal in den Arm nehmen.“
- „Ich bin einfach total blöd!“

FRAU B., 22J.

- Borderline Persönlichkeitsstörung, Depression, Cannabis-Konsum
- Emotionale Vernachlässigung in der Kindheit, häusliche Gewalt zwischen den Eltern, Vergewaltigung im Alter von 15 Jahren
- Schnell wechselnde Partnerschaften, z.T. Opfer von Beziehungsgewalt, impulsives Verhalten/ Ärgerausbrüche, intensive Traurigkeit
- Guter Schulabschluss und abgeschlossene Ausbildung, eine gute Freundin

EINFÜHRUNG IN DIE SCHEMATHERAPIE

- entwickelt für Patienten, die nicht gut auf kognitive Verhaltenstherapie ansprechen und unter chronischen psychischen Problemen leiden, vor allem Patienten mit Persönlichkeitsstörungen
- Erklärung von Symptomen, interaktionellen Auffälligkeiten und Verhaltensmustern durch → biografisch erworbene komplexe Erlebens- und Verhaltensmuster (Schemata, Modi)

EINFÜHRUNG IN DIE SCHEMATHERAPIE

- Integriert Elemente anderer Theorien (z.B. Bindungstheorie) und Therapieverfahren (z.B. Gestalttherapie) mit kognitiver Verhaltenstherapie
- diagnoseübergreifend anwendbar
- Schematherapie kann in der **Einzel- und Gruppentherapie** sowie auch in **Beratung, Supervision** und **Selbsterfahrung** angewandt werden.

SCHWERPUNKTE IN DER SCHEMATHERAPIE

- Betonung der therapeutischen Beziehung → „Limited Reparenting“
- Veränderung des emotionalen Erlebens hat zentralen Stellenwert
- Betonung der lebensgeschichtlichen Entwicklung
- Bedürfnisorientierung ist handlungsleitend für die Therapie

ZIELE IN DER SCHEMATHERAPIE

- Patienten dabei helfen, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen und in angemessener Art und Weise in Abstimmung mit der Umwelt zu erfüllen,
 - sowie mit Frustration umgehen zu können, wenn Bedürfnisse nicht erfüllt werden
 - Symptomreduktion
- durch Veränderung dysfunktionaler Schemata, Bewältigungsstrategien und Modi

DEFINITION SCHEMA (YOUNG ET AL., 2008)

- Ein Schema ist ein breites, die Lebensführung durchdringendes Muster oder Thema,
- das aus Erinnerungen, Emotionen, Kognitionen und Körperempfindungen besteht
- und in der Kindheit und Jugend ausgebildet wurde.

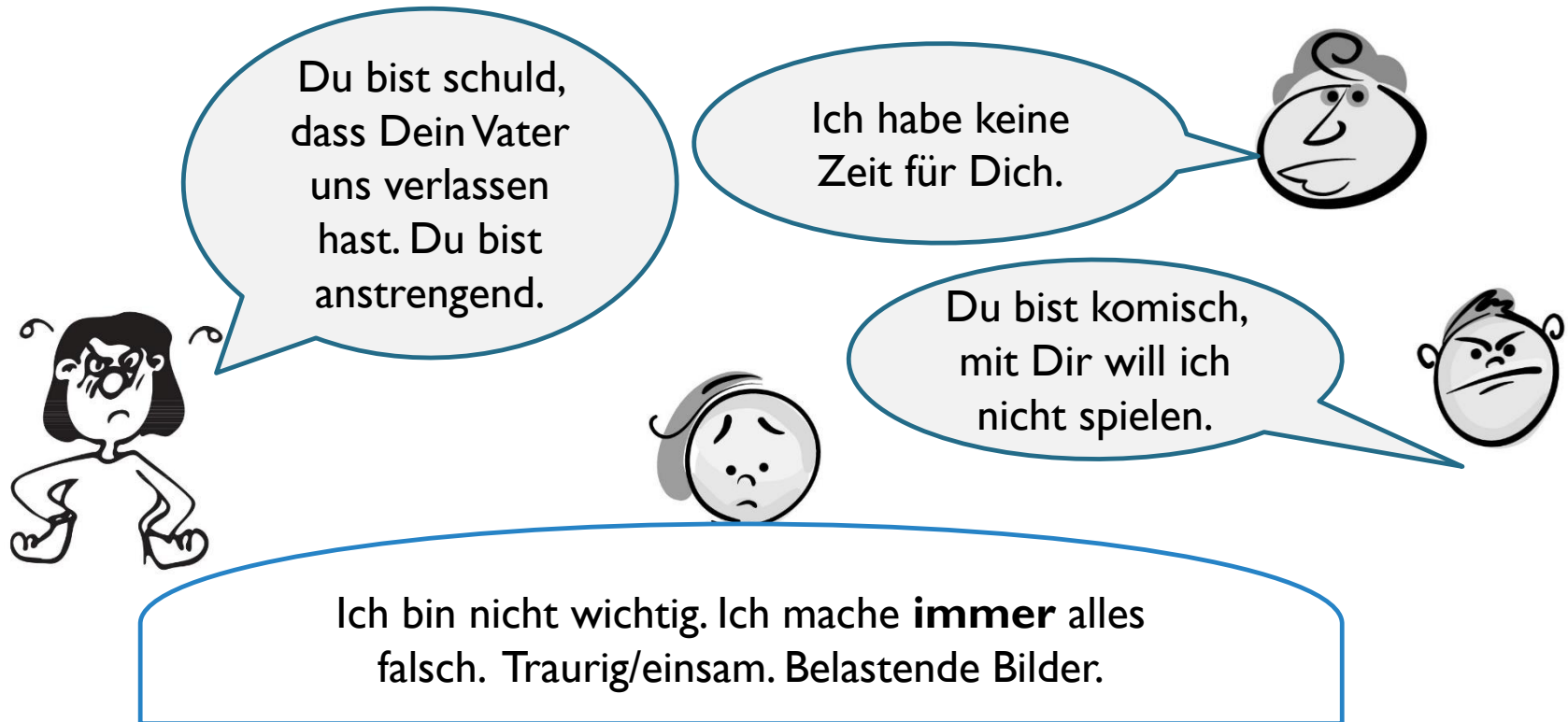
ENTSTEHUNG VON MALADAPTIVEN SCHEMATA

- Anhaltende Nichterfüllung zentraler Grundbedürfnisse in Kindheit und Jugend (auch **Traumatisierung**, Überprotektion, Verwöhnung)
und/oder
- selektive Internalisierung von Modellen
- Schemata sind somit Ausdruck (früher) Beziehungserfahrungen
- Adaptive Schemata entstehen, wenn zentrale Grundbedürfnisse ausreichend erfüllt wurden

ZENTRALE GRUNDBEDÜRFNISSE NACH YOUNG

- **Sichere Bindung:** Sicherheit, Stabilität, Zuwendung, Akzeptanz, Versorgung
- Autonomie, Kompetenz und Identitätsgefühl
- Realistische Grenzen und Selbstkontrolle
- Freiheit im Ausdruck von Emotionen und Bedürfnissen
- Spontanität und Spiel

FRAU B. > BINDUNGSERFAHRUNGEN



DIE 18 (MALADAPTIVEN) SCHEMATA

- Verlassenheit / Instabilität
- Misstrauen / Missbrauch
- Emotionale Entbehrung
- Unzulänglichkeit / Scham
- Soz. Isolierung / Entfremdung
- Abhängigkeit / Inkompetenz
- Verletzbarkeit
- Verstrickung / Unentwickeltes Selbst
- Versagen
- Anspruchshaltung / Grandiosität
- Mangelnde Selbstkontrolle / Selbstdisziplin
- Unterwerfung
- Selbstaufopferung
- Streben nach Anerkennung
- Negativität/Pessimismus
- Emotionale Gehemmtheit
- Unerbittliche Standards
- Strafneigung

FRAU B.

- Alle Grundbedürfnisse wurden zum bestimmten Grad frustriert.
- Sichere Bindung im Fokus!
- z.B. durch Instabilität und Gewalt in der Familie, Abwertung durch den Vater, Schuldzuweisungen, Mobbing durch peers
- verschiedene maladaptive Schemata, z.B.:
 - Verlassenheit / Instabilität
 - Misstrauen / Missbrauch
 - Emotionale Entbehrung
 - Unzulänglichkeit / Scham
 - Verstrickung
 - Mangelnde Selbstkontrolle

ENTWICKLUNG DES MODUSANSATZ

- Insbesondere Personen mit chronischen psychischen Störungen haben häufig viele Schemata und Bewältigungsstrategien
→ Entwicklung des Modusansatz
- Reduktion von Komplexität, indem alle relevanten Erlebens- und Verhaltensweisen durch Modi abgebildet werden

DEFINITION MODUS NACH YOUNG

- Ein Modus besteht aus einer Gruppe von Schemata und Bewältigungsverhaltensweisen, die
- in einem bestimmten Augenblick aktiviert sind
- als Folge bestimmter innerer oder äußerer Erlebnisse.

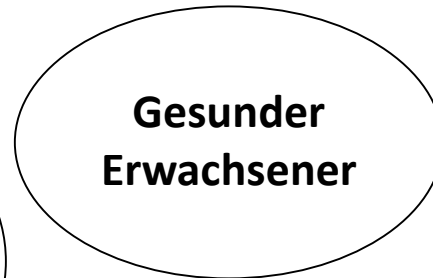
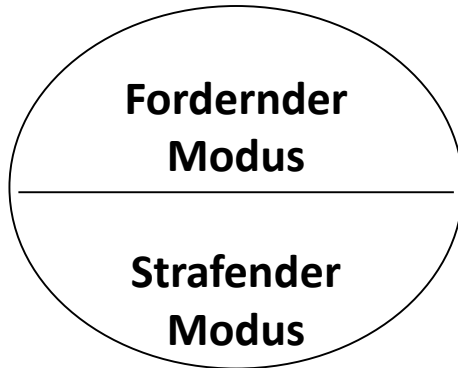
GRUNDSTRUKTUR DES MODUSMODELLS

- Schemaassoziierte Emotionen: „**Kindmodi**“ (Vulnerabilität, Ärger, intensive Gefühle)
- Schema-“Ursachen“: „**Elternmodi**“ (Druck auf sich selbst, Selbsthass, Schuldgefühle)
- Schema-Bewältigung: „**Bewältigungsmodi**“ (Zustände der Überkompensation, Vermeidung, Unterwerfung)
- „Modus des **gesunden Erwachsenen**“ (adäquate Erlebens- und Verhaltensweisen)

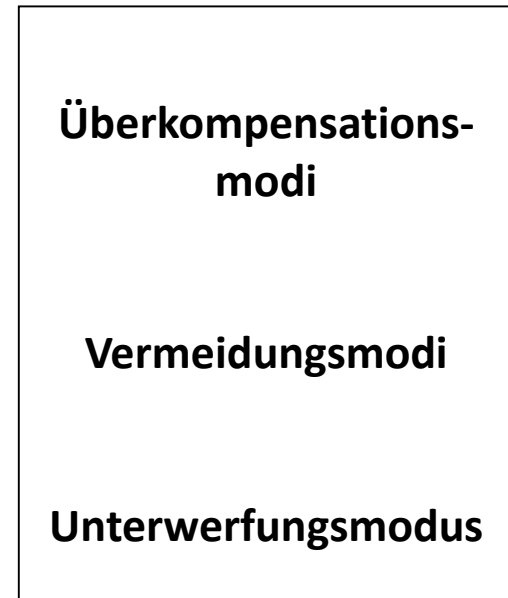
→ Abbildung in einem **individuellen Fallkonzept!**

DAS MODUSMODELL IN DER SCHEMATHERAPIE

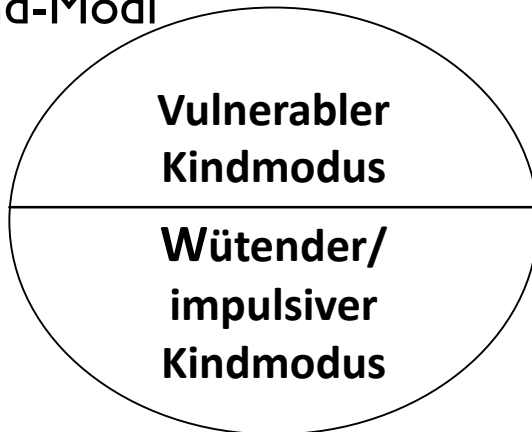
Dysfunktionale Eltern-Modi



Bewältigungsmodi



Kind-Modi



DIE KIND-MODI

- Zentraler Ort der Therapie →
Bedürfnisorientierung
 - **Verletzbares Kind:** differenziert nach primärer Erlebensweise in einsames, verlassenes, missbrauchtes, dependentes Kind
 - **Ärgerliches Kind**
 - **Glückliches Kind**



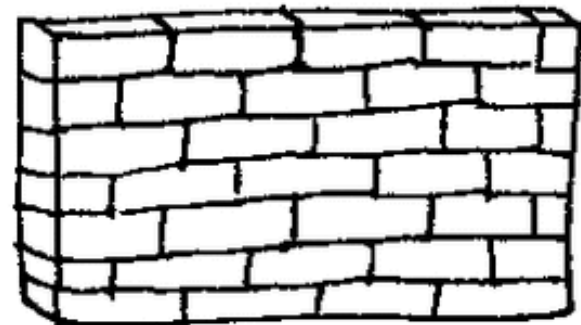
DIE ELTERN-MODI

- Strafender (Eltern-) Modus
- Fordernder (Eltern-) Modus
 1. Leistungsfordernder Ebene
 2. Emotional fordernde Ebene
- Internalisierte elterliche Eigenschaften und Verhaltensweisen, d.h. subjektiv wahrgenommene und internalisierte Teile der Eltern (nicht die realen Eltern!)
- Hier fließen aber auch weitere ursächliche Bedingungen (z.B. Peers, Geschwister) mit ein!



DIE BEWÄLTIGUNGSMODI – EINE AUSWAHL

- Überkompensation
 - Der (narzisstische) Selbsterhöher
 - Bully und Angreifer
- Vermeidung
 - Der distanzierte Selbstberuhiger
 - Der Vermeider
- Unterwerfung
 - Der Erdulder



DER GESUNDE ERWACHSENE

- Integriert die verschiedenen Modi und löst damit innere Konflikte und Spannungen, z.B durch
 - Erfüllung grundlegender Bedürfnisse des verletzbaren Kindes,
 - Anleitung und Begrenzung für die Modi des verärgerten und impulsiven Kindes,
 - Begrenzung fehlangepaßter Bewältigungsmodi,
 - Bekämpfen und Begrenzen dysfunktionale Eltern-Modi
 - Problemlösung, Verantwortung, Selbstfürsorge, etc..
- **Ziel der Therapie** ist der **Aus- bzw. Aufbau dieses Modus!**

Strafender/fordernder Modus

Häusliche Gewalt,
Vernachlässigung,...
Du bist schuld. Du bist wertlos.
Du musst Dich um mich kümmern.
Intrusionen

Gesunde Erwachsene

Kommt zur Therapie,
Ausbildung, Freunde

Bewältigungsstrategien,
um emotionale Schmerzen zu dämpfen

Vermeidung:

Dissoziation, sich in sein „Inneres“ zurückziehen, kiffen, „Fassade“ aufrechterhalten, sich selbst verletzen

Unterwerfung

Schwierige Situationen „aushalten“, sich schlecht behandeln lassen

Kindmodi:

Verletzlich:

ohnmächtig, Scham
Traurigkeit, einsam

Ärgerlich/Impulsiv

GESUNDEN ERWACHSENEN STÄRKEN!

Unterstützen,
Modell sein,
Kompetenzen
aufbauen

In Frage stellen, begrenzen, widersprechen,
bekämpfen

**Dysfunktionale
Elternmodi**

Dysfunktionale
Bewältigungsmodi:

**Überkom-
pensation**

validieren
empathisch
konfrontieren

Validieren, trösten, fördern, begrenzen

Kindmodi

Vermeidung

pro & contra
biographisch
validieren

Unterwerfung

reduzieren
begrenzen

THERAPEUTISCHE BEHANDLUNGSELEMENTE

- Denken > Kognitive Techniken, z.B. pro und contra
- Fühlen > Emotionsorientierte Techniken, wie z.B. Stuhldialoge
- Handeln > Verhaltensorientierte Techniken, wie z.B. Rollenspiele
- Interaktion > Arbeit mit der therapeutischen Beziehung

THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG

- Arbeit mit der therapeutischen Beziehung
 - Therap. Beziehung als Problem- und Lösungsfeld
 - warmherzig, transparent, selektive Selbstöffnung,...
 - empathische Konfrontation, „limit setting“
 - validieren, begrenztes Nachbeeltern z.B. in der Imagination
 - Modellfunktion

EMOTIONSORIENTIERTE TECHNIKEN



- Imagery rescripting (imaginatives Überschreiben belastender Bilder)
 - Korrigierende emotionale Erfahrung
 - Neubewertung
- Stuhldialoge
 - Validieren, begrenzen und stärken der Modi
 - z.B. Dialog zwischen gesunden/kompetenten Erwachsenenem und Vermeider

Ausschnitt Lehrvideo „Schematherapie“, Jacob & Seebauer (2013), Beltz-Verlag.

SCHEMATHERAPIE MIT FRAU B.

- Psychoedukation und Erarbeitung eines Modusmodells
- Stuhldialoge zwischen Bewältigungsmodi und gesundem Erwachsenen, z.B. zur Reduktion von Cannabiskonsum
- Imaginatives Überschreiben (z.B. zu Szenen häuslicher Gewalt in der Kindheit)
- Validieren und begrenzen bei Ärgerausbrüchen
- Bekämpfen und „Rauswerfen“ des strafenden Anteils in der Stühlearbeit
- Rollenspiele zum Ausprobieren von Verhaltensänderungen, z.B. Abgrenzung gegenüber der Mutter

SCHEMATHERAPIE MIT KINDERN



Ausschnitt aus Lehrvideo „Schematherapie mit Kindern“,
Loose & Graaf (2014), Beltz-Verlag

- Ähnliches Modusmodell wie bei Erwachsenen
- Nutzen kindgerechter Erklärungen zu Schemata und Modi
- Identifizieren der Modi und kindgerechte Darstellung, z.B. mithilfe von Schablonen
- Einsatz von Bildern und Zeichnungen sowie Figuren (z.B. Fingerpuppen, Tiere)
- Einsatz von Imagination
- Einsatz von Stühlen

SCHEMATHERAPIE IN DER BERATUNG UND SUPERVISION

- Nutzen des schematherapeutischen Modells im Rahmen der Psychoedukation, z.B. zur Erklärung von Ambivalenzen oder intensiven emotionalen Zuständen
- Verdeutlichung der lebensgeschichtlichen Verknüpfungen heutiger Verhaltens- und Denkmuster
- Nutzen des Modells zu Supervisionszwecken, z.B. zur Erklärung von Gegenübertragungsreaktionen

STUDIENLAGE SCHEMATHERAPIE BEI BORDERLINE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG (BPS)

- 5 Studien mit ambulanten Patienten
 - 3 Einzeltherapie (1 randomisierte, kontrollierte Studie RCT, 1 Fallstudie, 1 Implementierungsstudie)
 - 2 Gruppentherapie (1 RCT, 1 Pilotstudie)
- gemittelte Effektstärke : 2,38
- Sehr gute Wirksamkeit für BPS

RCT ZU EINZELSCHMATHERAPIE GIESSEN-BLOO UND ARNTZ ET AL. (2006)

- Vergleich ST (n = 44) vs. Übertragungsfokussierte Therapie TFT (n = 42)
- 3 Jahre, 2 Einzelsitzungen pro Woche
- Ergebnisse: ST im Vergleich zu TFT:
 - Weniger drop-outs
 - höhere Remissionsrate
 - BPS-typischer Symptomatik ↓
 - allgemein-psychiatrischer Symptomatik ↓
 - Funktionsniveau ↑
 - kosteneffektiver

LITERATUR

- Jacob, Gitta & Arntz, Arnoud (2. Aufl. 2015). Schematherapie in der Praxis. Weinheim: Beltz
- Loose, Graaf et al. (Hrsg., 2013). Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen. Weinheim: Beltz
- Zens, Christine & Jacob, Gitta (2014). Schwierige Situationen in der Schematherapie. Weinheim: Beltz.
- Zens, C. (2016). Überblick über die Schematherapie – Workshop und Artikel. Kongress „10 Jahre DPtV – Psychotherapie zwischen Anpassung und Autonomie“ Berlin.
- Zens, C. & Jacob, G. (2015). Poster Schematherapie: Das Modusmodell auf einen Blick. Weinheim: Beltz.

VIELEN DANK FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT

