

# Themenschwerpunkt

## Was ist innovativ an der Schematherapie?

Gitta A. Jacob

Institut für Psychologie, Klinische Psychologie und Psychotherapie,  
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

**Zusammenfassung.** Schematherapie ist eine Weiterentwicklung der kognitiven Verhaltenstherapie, die insbesondere zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen und anderen chronischen psychischen Störungen eingesetzt wird. Sie zeichnet sich aus durch eine Integration kognitiver, emotionaler und behavioraler Methoden aus verschiedenen Therapieschulen sowie eine intensive Gestaltung der therapeutischen Beziehung. Innovativ sind Aspekte der Beziehungsgestaltung sowie der konsequente und an einem transparenten Konzept ausgerichtete kombinierte Einsatz sehr verschiedener Interventionsmethoden. Die Wirksamkeit bei Borderline-Persönlichkeitsstörung wurde bereits nachgewiesen. Zukünftige Studien müssen zeigen, ob die aktuelle stetige Ausweitung des Indikationsbereiches der Schematherapie auch bei anderen Patientengruppen zu effektiven Behandlungen führt und ob die mit diesem Ansatz geleistete Komplexitätsreduktion mit der Formulierung immer neuer störungsspezifischer Konzepte aufrechterhalten werden kann.

**Schlüsselwörter:** Schematherapie, Persönlichkeitsstörungen, Innovation, Integration

### What is Innovative About the Schema Therapy?

**Abstract.** Schema therapy is a development of cognitive behavioral therapy mainly for the treatment of personality disorders and other chronic psychological conditions. It is characterized by an integration of cognitive, emotional and behavioral intervention methods from different therapeutical traditions, and a very supportive therapeutic relationship. Effectiveness of schema therapy has been shown for borderline personality disorder. Future studies should investigate whether schema therapy is equally effective in other patient groups and whether the increasing number of schema modes due to extended indication decreases the straightforwardness of the case conceptualization.

**Keywords:** schema therapy, personality disorders, innovation, integration

Schematherapie wurde von Jeffrey Young ursprünglich für Nonresponder auf «klassische» kognitive Verhaltenstherapie entwickelt (Young, Klosko & Weishaar, 2008). In der weiteren manualisierten Ausarbeitung wurde zunächst ein spezifisches Modell für die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) eingeführt (Arntz & van Genderen, 2010), in dem weniger mit dem ursprünglichen, stark kognitiven Konzept der Schemata gearbeitet wird, sondern in erster Linie mit dem Schema-Modus-Modell, in dem die verschiedenen Erscheinungsformen eines Schemas verschiedenen emotionalen Zuständen (Schema-Modi) zugeordnet werden. Die Therapie nach diesem Modell wurde in randomisiert-kontrollierten Studien mit BPS-Patienten geprüft und erwies sich als hocheffektiv (Giesen-Bloo et al., 2006; Nadort et al., 2009a; van Asselt et al., 2008). In der Folge wurden auch spezifische Modelle für andere Persönlichkeitsstörungen (PS) definiert (Jacob & Arntz,

2011; Lobbestael, van Vreeswijk & Arntz, 2007, 2008), die aktuell empirisch geprüft werden (s. Arntz, 2011; Bernstein, Arntz & de Vos, 2007; Klecha, Bersier, Beckley & Bernstein, 2011). In diesem Beitrag soll zunächst ein Überblick über das therapeutische Konzept der Schematherapie gegeben werden. Gemeinsamkeiten mit anderen Ansätzen werden dargestellt und innovative Aspekte der Schematherapie abgeleitet. Abschließend werden offene Fragen diskutiert.

### Das therapeutische Modell der Schematherapie

Die beiden zentralen schematherapeutischen Konzepte der Schematherapie sind die sog. frühen dysfunktionalen

Schemata (*early maladaptive schemas, EMS*) sowie die Schemamodi. EMS werden in der Schematherapie definiert als stabile und überdauernde Themen, die sich in der Kindheit entwickeln und im Laufe des Lebens weiterentwickeln (Young et al., 2008). Im Unterschied dazu bezeichnen Schemamodi die verschiedenen emotional-kognitiven Zustände, die auftreten können, wenn ein EMS getriggert wird. So kann sich ein Patient zum Beispiel aufgrund des Schemas «Misstrauen/Missbrauch» bedroht und verängstigt fühlen, in einem anderen Moment jedoch in einem dissoziativen Zustand von Gefühlen völlig distanziert sein. Beide Zustände hätten mit dem Schema zu tun, wären jedoch unterschiedliche Schemamodi. Mit diesem Modell werden die raschen Wechsel des Gefühlszustandes beschrieben, die für Patienten mit schweren PS (insb. des Cluster B) typisch sind (Überblick in Lobbetael et al., 2007).

Wir beziehen uns hier auf das Schemamodus-Konzept, weil es der Ansatz der Wahl für Patienten mit PS ist, und weil alle Outcome-Studien zur Schematherapie (Überblick in Bamelis, Giesen-Bloo, Bernstein & Arntz, 2011; s. a. weitere Beiträge in diesem Band) ausschließlich mit diesem Konzept durchgeführt wurden und werden. Es umfasst sowohl einen störungsübergreifenden als auch einen störungsspezifischen Ansatz. Im störungsübergreifenden Ansatz werden vier verschiedene Modus-Kategorien definiert: (1) maladaptive Kindmodi, die sich entwickeln, wenn in der Kindheit wichtige Bedürfnisse, insbesondere Bindungsbedürfnisse, nicht angemessen erfüllt wurden. Kindmodi sind erkennbar an starken negativen Gefühlen, z. B. ausgeprägter Angst davor, verlassen zu werden, Hilflosigkeit, Traurigkeit (verletzliche Kindmodi), Wut oder Ärger (wütende Kindmodi). (2) Dysfunktionale Elternmodi entsprechen weitgehend dem tiefenpsychologischen Konstrukt der Introjekte und beinhalten Selbst-Abwertung, Selbsthass, oder extremen Druck auf sich selbst. Es wird davon ausgegangen, dass sie internalisierte negative Annahmen über die eigene Person reflektieren, die der Patient in Kindheit und Jugend aufgrund des Verhaltens anderer Personen (Eltern, Lehrer, Peers) bzw. durch deren Reaktionen auf ihn erworben hat. (3) Dysfunktionale Bewältigungsmodi beschreiben einen übermäßigen Einsatz der Copingstile Überkompensation, Vermeidung oder Unterwerfung. Diese werden z. B. dann als gegeben angesehen, wenn Patienten ihre Gefühle, ggfs. mit Substanzgebrauch, vollständig vermeiden, oder wenn sie mit übermäßig aggressivem oder narzisstischem Verhalten auf eine Situation reagieren, die sie labilisiert. (4) Mit dem sog. gesunden Erwachsenenmodus werden adäquates emotionales Erleben und funktionales Erleben und Handeln zusammengefasst (entspricht dem psychodynamischen Konzept der gesunden Ich-Funktion). Abbildung 1 zeigt einen Überblick über das Schemamodus-Konzept.

Störungsspezifische Moduskonzepte für einzelne PS enthalten jeweils eine Zusammenstellung typischer Modi für diese PS. Am weitesten verbreitet ist bisher das Modell der BPS (Arntz & van Genderen, 2010), das einen star-

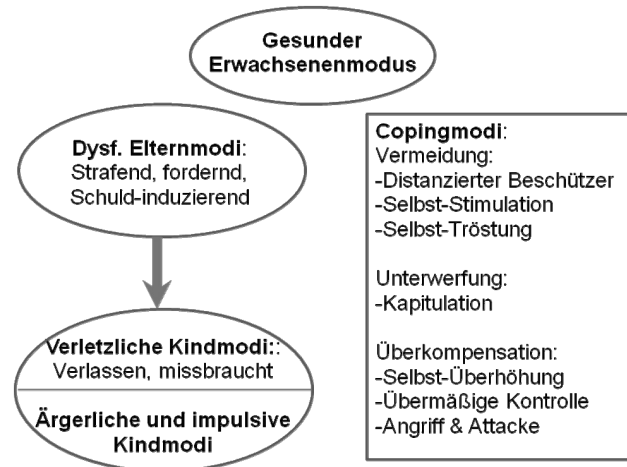


Abbildung 1. Überblick über das Schemamodus-Konzept.

ken strafenden Elternmodus, einen verlassenen und missbrauchten vulnerablen Kindmodus, einen wütenden und/oder impulsiven Kindmodus sowie einen vermeidenden distanzierten Beschützermodus als Bewältigungsmodus beinhaltet. Bei BPS wird von einem nur schwachen gesunden Erwachsenenmodus ausgegangen. Die BPS-typischen extremen Gefühle von Verlassenheit, Scham und Angst werden dem vulnerablen Kindmodus zugeordnet, Probleme mit Wut sind mit dem wütenden Kindmodus assoziiert, impulsives BPS-Verhalten wird mit einem impulsiven Kindmodus in Verbindung gebracht. Selbsthass und geringer Selbstwert werden dem strafenden Elternmodus zugeordnet und stehen häufig im Zusammenhang mit traumatischen Kindheitserlebnissen. Der distanzierte Beschützermodus beinhaltet Verhaltensweisen, die die mit Eltern- und Kindmodi assoziierten starken negativen Gefühle betäuben, wie Leere, Dissoziation, Substanzgebrauch, bulimische Anfälle etc. Die BPS-Symptome der Identitätsstörung und der emotionalen Instabilität werden mit dem starken Wechsel zwischen verschiedenen Modi in Verbindung gebracht. Selbstschädigende Verhaltensweisen wie etwa Selbstverletzungen können mit verschiedenen Modi in Zusammenhang stehen – wenn die Patientin Selbstschädigung zur Selbst-Bestrafung verwendet, ist dies mit dem strafenden Elternmodus assoziiert; wenn sie sich jedoch schneidet, um Emotionen zu reduzieren, würde eine Zuordnung der Selbstverletzung zum distanzierten Beschützermodus erfolgen.

## Fallbeispiel

Maria B. ist eine 27-jährige Patientin mit BPS. Hauptprobleme sind Selbstverletzungen und übermäßiger Alkoholkonsum im Rahmen von emotionalen Krisen, die häufig in Zusammenhang mit interpersonellen Konflikten auftreten. Ein weiteres Problem sind wiederholte missbräuchliche sexuelle Beziehungen. Wenn sie einen neuen Mann ken-

nenlernt, lässt sie sich oft rasch auf sexuellen Kontakt ein, obwohl sie diesen gar nicht möchte. Einerseits ist sie jeweils froh über den engen Kontakt, weil sie sich dann nicht alleine fühlt. Andererseits hat sie das Gefühl, sich nicht gegen sexuelle Wünsche wehren zu dürfen. Den Sex erträgt sie mit Gefühlen von Leere und Taubheit, häufig setzt sie dafür Alkohol ein und schneidet sich hinterher, um Scham und Schuldgefühle zu reduzieren. In solchen Krisen sinkt ihr Funktionsniveau, sie bleibt zu Hause, verbringt den Tag mit Bildschirm-Aktivitäten inkl. online-Shopping – über ihre finanziellen Verhältnissen – und erscheint nicht zur Arbeit. Die dadurch verursachten Konflikte am Arbeitsplatz bedingen häufige Jobwechsel, die sie weiter labilisieren. Maria fühlt sich in der Regel alleine und hilflos und kann ihre eigenen Bedürfnisse anderen gegenüber nicht ausdrücken; in engeren Beziehungen kommt es jedoch vor, dass sie ärgerlich wird oder sogar Wutanfälle erlebt, wofür sie sich wiederum danach sehr schämt. Maria wuchs in einer sehr unsicheren familiären Situation auf, ihr Vater war Alkoholiker und im alkoholisierten Zustand häufig verbal und physisch aggressiv; die Mutter wagte jedoch nicht, ihn zu verlassen. Im Grundschulalter wurde sie jahrelang von ihrem Großvater sexuell missbraucht. Ihre Eltern ahnten dies, schritten jedoch nicht ein.

Marias Gefühle von Verlassenheit, Scham und Schuld werden als verletztlicher, verlassener Kindmodus konzeptualisiert. Die Wutanfälle werden dem ärgerlichen Kindmodus zugeordnet. Selbsthass und Selbstverletzungen zur Selbstbestrafung sowie das subjektiv mangelnde Recht auf eigene Bedürfnisse sind mit dem strafenden Elternmodus verbunden, der insb. durch den missbrauchenden Großvater sowie die mangelnde Fürsorge und Aggression durch die Eltern angelegt wurde. Das Gefühl von Leere und der Gebrauch von Alkohol zur Kontrolle von Gefühlen werden dem distanzierten Beschützermodus zugeordnet. Ihre Unfähigkeit zum Setzen von Grenzen auch im sexuellen Bereich entspricht einer Unterwerfung unter den strafenden Elternmodus und wurde vermutlich i. S. eines unterwerfenden Copings auch von der Mutter modelliert, der es nicht gelang, sich vom häufig aggressiven, alkoholisierten Vater zu trennen, und sich ihm stattdessen unterwarf.

Das übergreifende Ziel in der Schematherapie besteht darin, zunächst mit dem Patienten zu erarbeiten, welche Bedürfnisse in seiner Biografie nicht erfüllt wurden, wie dysfunktionale Schemata und Modi sich entwickelt haben, wie diese den Patienten gegenwärtig einschränken und wie eigene Bedürfnisse aktuell angemessener erfüllt werden können. Dazu wird zunächst gemeinsam ein *individuelles Modusmodell* erarbeitet, in dem alle seine Probleme und auffälligen interpersonellen Muster zusammengefasst sind. In der folgenden Behandlung werden alle auftretenden Probleme oder Symptome jeweils in diesem Moduskonzept konzeptualisiert und behandelt. Dabei werden Kindmodi getriggert, prozessiert, getröstet und geheilt. Dysfunktionale Elternmodi werden reduziert. Patienten werden empathisch mit ihren Bewältigungsmodi konfrontiert, deren Vor- und Nachteile werden diskutiert, und sie

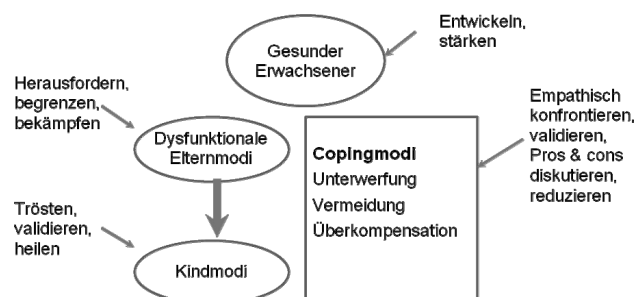


Abbildung 2. Allgemeine Behandlungsprinzipien der Schematherapie.

werden – zunächst in der Therapiebeziehung, später im Alltag des Patienten – reduziert. Abbildung 2 gibt eine Übersicht über die Behandlung.

Um diese allgemeinen Ziele zu erreichen, werden sowohl kognitive und behaviorale Interventionen als auch emotionsfokussierende Techniken und eine gezielte Gestaltung der Therapiebeziehung eingesetzt. Auf der *kognitiven Interventionsebene* werden die Eigenschaften und der biografische Hintergrund der Modi erarbeitet und damit zusammenhängende kognitive Verzerrungen werden korrigiert (z. B. «Ich bin wertlos» als typische Kognition des strafenden Elternmodus). Auf der *Verhaltensebene* werden VT-Techniken eingesetzt, um symptomatisches Verhalten zu reduzieren, das häufig (aber nicht immer) mit dysfunktionalen Bewältigungsmodi in Zusammenhang steht (z. B. soziales Kompetenztraining zum adäquaten Durchsetzen eigener Bedürfnisse oder Skills-Training zum Ersetzen von selbstschädigendem Verhalten). Auf der *emotionalen Interventionsebene* liegt der Fokus auf den Kind- und Elternmodi, da diese Modi mit den intensivsten Gefühlen verbunden sind, einschließlich Selbsthass, Schuld, geringem Selbstwert (dysfunktionale Elternmodi), Verlassenheit, Scham, Ekel, Bedrohungserleben und anderen Ängsten, Traurigkeit, (vulnerable Kindmodi), Wut oder Ärger (ärgerliche Kindmodi). Als emotionsfokussierende Techniken kommen insbesondere imaginative Techniken, v. a. das sogenannte Imaginative Überschreiben (Imagery Reprocessing and Rescripting; ImRS; Arntz & Weertman, 1999; Smucker & Niederee, 1995) sowie Stuhldialoge oder biografische Rollenspiele zum Einsatz, wie sie aus der Gestalttherapie und dem Psychodrama bekannt sind. In emotionalen Interventionen werden problematische Emotionen zunächst aktualisiert, geklärt und prozessiert; im zweiten Schritt werden sie mit den genannten Techniken aktiv verändert und insbesondere auch positive Emotionen, v. a. sicheres Bindungserleben, induziert. In der Gestaltung der Therapiebeziehung ist das Konzept der begrenzten elterlichen Fürsorge («limited reparenting») handlungsleitend. Die Therapeutin ist warm, herzlich, aktiv und als Person spürbar. Sie bringt ihre eigene Meinung in die Therapie ein, heißt Kindmodi herzlich willkommen, weist Elternmodi (und ggfs. dysfunktionale Bewältigungsmodi) aktiv in Schranken und modelliert in emotionalen

Interventionen den gesunden Erwachsenenmodus (bspw. durch aktives Eingreifen in den Überschreibungsprozess beim ImRS oder durch Modellieren des gesunden Erwachsenen-Modus in Stuhldialogen). Mit dieser Beziehungsgestaltung sollen in der Therapie in begrenztem Maße bisher frustrierte Bindungsbedürfnisse des Patienten erfüllt und das Erleben von interpersoneller Sicherheit verstärkt werden. Der Patient soll die Therapeutin als «gesunde Erwachsene» internalisieren. Es wird davon ausgegangen, dass gerade bei Patienten mit PS beides notwendig ist, um tiefgreifende Änderungen der Pathologie zu erreichen.

## Schematherapie im Vergleich zu anderen Therapieansätzen – was ist innovativ?

Vergleicht man das Vorgehen der Schematherapie mit anderen Ansätzen, so fallen zunächst umfangreiche Überschneidungen und Gemeinsamkeiten ins Auge. So sind viele Elemente der Schematherapie klar verhaltenstherapeutisch, insbesondere der Einsatz von kognitiven und behavioralen Interventionen, die Orientierung an einem gemeinsam mit dem Patienten erarbeiteten Fallkonzept, die Transparenz des Vorgehens und die stringente Veränderungsorientierung. Die Betonung der Bedeutung eines sicheren Bindungserlebens für psychische Gesundheit findet sich in vielen therapeutischen Ansätzen und wurde insbesondere von Grawe (2004) breit empirisch untermauert und theoretisch aufgearbeitet. Die Orientierung an den Bedürfnissen des Patienten und die Herleitung der schemaasoziierten Pathologie aus einer Nicht-Erfüllung kindlicher Bedürfnisse greifen zentrale Aspekte humanistischer Therapien auf (Rogers, 1961).

Die ausgeprägte Betonung der Bedeutung von Kindheit und Jugend für die Entstehung von psychischen Störungen und die Interpretation komplexer Störungen als Muster mit biografischem Ursprung sind Kernelemente der tiefenpsychologischen Konzeptbildung. Die Konzeptualisierung solcher Muster als innerpsychische Interaktion verschiedener Anteile (die «Modi» der Schematherapie) wurde ebenfalls von verschiedenen Ansätzen bereits detailliert ausgearbeitet, bspw. von der Transaktionsanalyse (Berne, 1967), dem Konzept der emotionalen Komplexe in der Jungschen Analyse (Übersicht in Jacobi, 1940) oder in modernen traumatherapeutischen Ansätzen (z. B. Watkins & Watkins, 2003).

Auch die emotionsfokussierenden Interventionen, die einen zentralen Stellenwert im konkreten schematherapeutischen Vorgehen einnehmen, sind keine Erfindung der Schematherapie. So wurden Stuhldialoge und historische Rollenspiele insbesondere von der Gestalttherapie und dem Psychodrama ausgearbeitet (Übersicht in Kellogg, 2004). Die Arbeit mit ImRS, mit der sehr spezifisch eine große Bandbreite emotionaler Veränderungen erzielt

werden kann, hat eine über 100-jährige Tradition und hat heute bspw. auch in der Hypnotherapie einen hohen Stellenwert (Übersicht in Edwards, 2007).

Auch eine aktivere Gestaltung der Therapiebeziehung im Vergleich zur klassischen psychoanalytischen Neutralität oder dem sokratischen Vorgehen der kognitiven Therapie findet sich in einigen Ansätzen. So betonen moderne psychodynamische Konzepte zur Behandlung früher Störungen die Bedeutung einer «echten» Interaktion (Rudolf, 2004). Moderne gesprächspsychotherapeutische Ansätze beschreiben einen spezifischen Umgang mit verschiedenen Ebenen der Interaktion bei PS, die Überschneidungen mit der differentiellen Beziehungsgestaltung gegenüber verschiedenen Modi in der Schematherapie aufweisen (z. B. Sachse, 2001). Der Autorin ist allerdings kein Ansatz bekannt, in dem sich der Therapeut als Modell des gesunden Erwachsenen und als nachbeelternde Figur so aktiv einbringt wie in der Schematherapie.

Zusammengefasst ist die stark unterstützende und aktive Beziehungsgestaltung auf der Ebene der einzelnen Elemente des therapeutischen Vorgehens wohl das Einzige, das als Innovation der Schematherapie innerhalb der Psychotherapie zu bewerten ist. Dabei sollte nicht übersehen werden, dass eine aktive und supportive Beziehungsgestaltung in anderen Bereichen der psychiatrischen oder auch sonderpädagogischen Versorgung eine lange Tradition hat, etwa in der Sozialpsychiatrie. Die Beziehungsgestaltung in der Schematherapie grenzt sich davon insofern ab, als Unterstützung gezielt zum Erleben von emotionaler (Bindungs-)Sicherheit gegeben wird und mit dem Patienten sehr aktiv daran gearbeitet wird zu lernen, das so induzierte (für Patienten mit PS oftmals zunächst fremde) Sicherheitserleben zunehmend auch unabhängig von der Therapeutin zu erleben (Beispiel s. u.).

Das innovative Potential der Schematherapie beschränkt sich m. E. allerdings nicht auf die Definition der Therapiebeziehung. Auch wenn, wie beschrieben, alle anderen Elemente des therapeutischen Vorgehens per se nicht neu sind, werden in kaum einem anderen Ansatz diese verschiedenen Elemente so gleichberechtigt und flexibel verbunden wie in der Schematherapie. So könnte manche schematherapeutische Sitzung sicher in gleicher Weise in einer Gestalttherapie stattfinden; über die Gestalttherapie hinaus schreibt das schematherapeutische Vorgehen allerdings ein Erörtern der Interventionen mit dem Patienten anhand des Fallkonzeptes vor sowie – i. S. der verhaltenstherapeutischen Änderungsorientierung – eine aktive und transparente Steuerung des emotionalen Prozesses durch den Therapeuten in einer Weise, dass die Behandlungsziele mit jeder Intervention für den Patienten erkennbar sind und verfolgt werden können. In ähnlicher Weise ließe sich manche kognitive schematherapeutische Intervention sicher kaum unterscheiden von einer transaktionsanalytischen Sitzung. Über die Transaktionsanalyse hinaus geht jedoch der gezielte Einsatz von emotionsfokussierenden Interventionen, um den emotionalen Stellenwert der verschiedenen inneren Anteile so stark wie möglich zu verändern.



Diese Überlegungen sollen anhand eines Beispiels in der Behandlung von Maria B. (s. o.) demonstriert werden:

Maria B. ist es nahezu unmöglich, sich gegenüber sexuellen Wünschen von Männern abzugrenzen, immer wieder toleriert sie Sex mit Männern, den sie nicht möchte. An einem aktuellen Beispiel wird in der Therapie zunächst besprochen, dass es für sie besser wäre, sich gegenüber den Wünschen des Mannes abzugrenzen. Frau B. bestätigt, dass sie das jederzeit so sehen könnte, wenn eine andere Frau betroffen wäre – sich selbst könne sie jedoch kein Recht auf Abgrenzung zugestehen. Schon bei der bloßen Vorstellung, etwa Telefonanrufe des betreffenden Mannes nicht anzunehmen, entstünden starke Schuldgefühle.

Diese Schuldgefühle werden als Teil des strafenden Elternmodus konzeptualisiert, der durch den sexuellen Missbrauch durch den Großvater angelegt wurde. Die Therapeutin stellt mit der Patientin Einigung darüber her, dass die Arbeit an der Reduktion dieser Schuldgefühle wichtig ist, der Patientin jedoch aktuell noch sehr schwer fällt. Als darauf abgestimmte emotionale Intervention wird ein Stuhldialog mit drei Stühlen (strafender Elternmodus, vulnerabler Kindmodus, gesunder Erwachsenenmodus) durchgeführt. In diesem Stuhldialog nimmt die Therapeutin auf dem Stuhl der gesunden Erwachsenen Platz, um diesen Modus zu modellieren, und bittet die Patientin auf den Stuhl des vulnerablen Kindes, um diesem Modus möglichst viel «Nachbeelterung» zukommen zu lassen. Auf den Stuhl des strafenden Großvaters setzt sich während der Übung niemand, um dessen ohnehin übermäßig starken Einfluss nicht noch zu verstärken. Stattdessen berichtet die Patientin vom «Kind-Stuhl» aus, was der «Großvater-Stuhl» im Stuhldialog «sagt». Vom «gesunden Erwachsenen-Stuhl» aus weist die Therapeutin den Großvater-Stuhl in seine Grenzen, hält ihm Ungerechtigkeit und misshandelndes Verhalten vor und stellt ihn, da er sich (erwartungsgemäß) nicht von seiner Perspektive (die Patientin ist Schuld an allem und muss jedem Mann – auch dem aktuellen Missbraucher – zu Diensten sein) ablässt, nach einigen Minuten vor die Zimmertür. Zudem spricht sie der Patientin auf dem Kind-Stuhl Trost und Zuwendung zu, versichert ihr, dass sie ein Recht auf ihre Bedürfnisse habe, und bekräftigt ihren Wunsch, mit diesem vulnerablen Teil der Patientin in der Therapie so viel wie möglich zusammen zu arbeiten, um ihm zu helfen und ihn zu unterstützen. Die Patientin ist berührt, muss etwas weinen und schämt sich dafür; sie kann jedoch auch Erleichterung angeben, als die Therapeutin den Stuhl des Großvaters vor die Tür stellt.

Um die Internalisierung zu intensivieren, bittet die Therapeutin die Patientin nach dem Stuhldialog zu reflektieren, was sie von dem, was die Therapeutin auf dem gesunden Erwachsenen-Stuhl gesagt hat, besonders wichtig fand. Damit wird die Patientin, die bisher über einen nur sehr schwachen Erwachsenenmodus verfügt, zumindest kurz in diese Perspektive gebracht. Zur Intensivierung des Transfers in den Alltag spricht die Therapeutin diese besonders wichtigen Punkte als Audio-Aufnahme auf das

Handy der Patientin und gibt ihr die Hausaufgabe, diese Aufnahme möglichst täglich einmal anzuhören. Sie bespricht mit der Patientin, welche konkreten Maßnahmen sie sich vornehmen möchte, um sich vom aktuellen Missbraucher abzugrenzen. Nach dem Stuhldialog kann die Patientin nunmehr zumindest die Idee akzeptieren, Anrufe von ihm, die sie auf ihrem Telefondisplay identifizieren kann, einfach nicht entgegenzunehmen. Die Therapeutin drückt ihre Freude über diesen Plan aus und bittet die Patientin sehr herzlich, sie in den nächsten Tagen per Email über den weiteren Verlauf zu informieren.

## Diskussion

In dieser Arbeit wurde das schematherapeutische Vorgehen umrissen. Als Innovationen wurden einerseits die stark emotional unterstützende Beziehungsgestaltung und andererseits die intensive Nutzung und Kombination ganz verschiedener therapeutischer Techniken und Konzepte aus allen großen Therapieschulen benannt. Dabei ist das Vorgehen nicht eklektisch, sondern – aufgrund der konsequenten Orientierung am Fallkonzept – im besten Sinne integrativ. Anhang eines Fallbeispiels wurde demonstriert, wie auf ein Problem, das in erster Linie emotionalen Charakter hat, und daher in der Vorgeschichte für kognitive Interventionen nicht zugänglich war, durch eine gezielte Kombination aus der Ableitung des Musters aus biografischen Erfahrungen (Missbrauch), einer emotionsfokussierten Intervention (Stuhldialog) und dem Einsatz der Therapiebeziehung (Modellieren des gesunden Erwachsenen-Modus, Audiodatei mit Stimme der Therapeutin und Angebot von zusätzlichem Email-Kontakt als Unterstützung) behandelt wird.

Dabei erscheint bemerkenswert, dass in der Schematherapie, obwohl im praktischen Vorgehen Ideen aller wichtigen Therapieschulen aufgegriffen werden, dies theoretisch wenig aufgearbeitet wird. Die verhältnismäßig geringen theoretischen Überlegungen von Young et al. (2008) oder Arntz & van Genderen (2010) beziehen sich in Teilen auf Bindungstheorien und basieren weitgehend implizit auf allgemeinpsychologischen Konzepten zum Schemabegriff. Auch wenn selbstverständlich reichhaltige theoretische Bezüge denkbar sind (s. dazu Roediger, 2008), spielen diese in der Schematherapie, wie sie in aktuellen klinischen Studien umgesetzt wird, keine bedeutsame Rolle. Insofern kann die Schematherapie in erster Linie als eine umfassende und komplexe Praxeologie der Psychotherapie betrachtet werden, in der die Vorgehensweisen verschiedener therapeutischer Schulen auf der Anwendungsebene – nicht jedoch auf einer theoretischen Ebene – integriert werden. Die Vermittelbarkeit dieser Praxeologie wurde bereits mit positiven Ergebnissen überprüft. So konnten Nadort et al. (2009b) zeigen, dass Therapeuten mit Hilfe eines standardisierten videogestützten Trainings hohe Adhärenzwerte in der Anwendung der Schematherapie erreichten.

Viele Fragen bleiben jedoch bestehen. Sie beziehen sich unter anderem auf die Wirksamkeit der Schematherapie. So sind die Effektivität und Kosten-Effektivität dieses Vorgehens bei Patienten mit BPS mittlerweile in mehreren Studien belegt (Giesen-Bloo et al., 2006; Nadort et al., 2009a; van Asselt et al., 2008). Studien zu anderen Patientenpopulationen, insbesondere forensischen Patienten und Patienten mit Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen, werden aktuell mit gemischten ersten Ergebnissen durchgeführt (s. dazu die entsprechenden Artikel in diesem Sonderheft). Die Betonung von korrektiven Bindungserfahrungen legt die Anwendung von Schematherapie als Gruppentherapie nahe (Farrell & Shaw, 2011), ein erster Pilot-RCT zeigte bereits gute Ergebnisse (Farrell, Shaw & Webber, 2009), ein großer internationaler RCT<sup>1</sup> wird aktuell durchgeführt (s. Reiß, 2011).

Aktuell wird Schematherapie von vielen Kollegen als Therapie mit nahezu universalen Einsatzmöglichkeiten rezipiert (vgl. Roediger & Jacob, 2011). Insofern liegt innovatives Potential der Schematherapie auch in den Bemühungen, sich ständig weiterzuentwickeln und zu erproben. Aktuelle klinisch besonders relevante Weiterentwicklungen befassen sich bspw. mit Schematherapie bei Suchtpatienten mit komorbider Persönlichkeitsstörung (Ball, 2007) oder bei Zwangspatienten mit Nonresponse auf klassische Verhaltenstherapie (Knauß, Stelzer & Jacob, in press). Damit wendet sich die Schematherapie – entsprechend ihrem ursprünglichen Anliegen als Verfahren für Nonresponder auf klassische Verhaltenstherapie – sehr schwer und chronisch erkrankten Patientengruppen mit hoher Komorbidität zu.

Weitere empirische klinische Studien müssen jedoch zeigen, bei welchen Störungen dieser Ansatz tatsächlich hilfreich ist und ob er bereits etablierten Behandlungsmethoden überlegen ist. In klinischen Studien sind hier insbesondere Komorbiditäten zu berücksichtigen und aufgrund der hohen Rückfallrate bei diesen Störungen auch längere katamnestische Verläufe zu untersuchen, so dass entsprechende Studien notwendigerweise verhältnismäßig viel Zeit in Anspruch nehmen werden.

Mit der Anwendung der Schematherapie bei weiteren Patientengruppen stellen sich auch allgemeine und spezifische praxeologische Fragen. Allgemein ist insbesondere die Frage zu beantworten, wie gut das Störungskonzept die verschiedenen – meist komorbiden – Störungsbilder, die in der Praxis vorzufinden sind, erfassen und für die Behandlung zugänglich machen kann. Mit der Erweiterung des Indikationsbereiches von BPS und narzisstischen Persönlichkeitsstörungen auf weitere Persönlichkeitsstörungen ging die Definition einer zunehmenden Zahl neuer Schemamodi einher (Lobbestael et al., 2008). Mit zunehmender Anzahl an Schemamodi wird das zunächst durch seine Einfachheit und Eingängigkeit bestechende Modell wieder komplexer. Bei der Weiterentwicklung der Schemathera-

pie wird eine kritische Frage sein, ob eine angemessene Balance zwischen Einfachheit und suffizienter Abbildung der Komplexität von Störungen gefunden werden kann.

Spezifische praxeologische Fragen stellen sich insb. mit Blick auf den Einsatz und die Gestaltung emotionsfokussierender Interventionen und der Therapiebeziehung. So sind ImRS-Übungen in der schematherapeutischen Behandlung der BPS offensichtlich von zentraler Bedeutung. Im klinischen Eindruck haben sie bei der Behandlung von Patienten mit Cluster-C-PS oft nicht die gleiche «durchschlagende» Wirkung. Hier sollte die Indikation von emotionsfokussierenden vs. alternativen Interventionen geprüft werden.

Auch hinsichtlich der konkreten Gestaltung emotionsfokussierender Übungen sind Fragen offen. So werden etwa gerade von antisozialen Patienten bei ImRS-Übungen häufig Kindheitsszenen berichtet, in denen der Patient als Kind extrem gedemütigt oder gequält wird, und ein Wunsch nach Rache oder gewalttätiges Vorgehen gegen den Täter auftritt. Die in diesem Zusammenhang oft diskutierte Frage, ob Rache und Vergeltung in Imaginationsübungen heilsam sind, oder ob sie reale Aggressionen beim Patienten fördern können, sollte nach Möglichkeit empirisch untersucht werden.

Die engagierte und enge Gestaltung der Therapiebeziehung ist ebenfalls ein häufiger Gegenstand von Diskussionen. Hier stellt sich bspw. die Frage nach den Grenzen der Unterstützung bei Patienten mit ausgeprägten dependenten Interaktionsmustern oder die Frage, inwieweit es in der Arbeit mit narzisstischen Patienten tatsächlich möglich ist, relativ rasch narzisstische Überkompensation zu konfrontieren und dem Patienten ein Störungsmodell vorzuschlagen, das in seiner Allgemeingültigkeit wenig Raum für Einzigartigkeitserleben lässt. Mit zunehmenden klinischen Erfahrungen mit verschiedenen Patientengruppen werden hier mittlerweile Richtlinien vorgeschlagen (s. Jacob & Arntz, 2011); eine umfassende empirische Prüfung steht jedoch bisher aus. In einer ersten Studie zur Notwendigkeit von zusätzlichem Telefonkontakt außerhalb der regulären Arbeitszeiten des Therapeuten bei BPS-Patienten fanden Nadort et al. (2009a) keinen Einfluss dieses Angebots auf das Therapieergebnis. Dies spricht zum jetzigen Zeitpunkt dafür, dass sich die aktive Unterstützung möglicherweise weitgehend auf emotionale Unterstützung im Umfang eines «normalen» therapeutischen Kontaktes beschränken kann.

Der Schema-Modus-Ansatz scheint ein sehr nützlicher Ansatz zu sein, um eine große Bandbreite (gestörter) menschlicher Handlungsmuster zu konzeptualisieren und einer Veränderung zugänglich zu machen. Bisher wurde jedoch die Validität dieses Konzeptes nur in Ansätzen geprüft, vorwiegend anhand von Fragebogenstudien (Arntz, Klokman & Sieswerda, 2005; Lobbestael, van Vreeswijk, Spinhoven, Schouten & Arntz, 2010; Reiß et al. (in press).

<sup>1</sup> In Deutschland an drei Zentren in Freiburg (G. Jacob), Hamburg (G. Zarbock) und Lübeck (U. Schweiger), gefördert von der Else Kröner-Fresenius-Stiftung.

Weitere Forschung ist notwendig, um die Validität und Reliabilität von Modus-Ratings auch in der Fremdbeobachtung zu überprüfen, die ja in der Therapie viel eingesetzt wird. Darüber hinaus sollte die Annahme der Schematherapie geprüft werden, dass mit einer psychopathologischen Besserung des Patienten longitudinal auch eine Veränderung der bei ihm auftretenden Modi (z. B. mehr gesunder Erwachsenenmodus, weniger dysfunktionale Eltern- und Bewältigungsmodi) zu beobachten ist. Studien zu diesen Fragen werden aktuell insbesondere von der Arbeitsgruppe um David Bernstein (Maastricht) durchgeführt.

## Danksagung

Ich danke Herrn Dr. Hans Linster für hilfreiche Kommentare zu einer früheren Version des Manuskriptes.

## Literatur

- Arntz, A. & Genderen, H. van (2010). *Schematherapie für Borderline-Persönlichkeitsstörung*. Weinheim: Beltz.
- Arntz, A. (2011). Schematherapie für Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 59, 195–204.
- Arntz, A. & Weertman, A. (1999). Treatment of childhood memories: Theory and practice. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 715–740.
- Arntz, A., Klokman, J. & Sieswerda, S. (2005). An experimental test of the schema mode model of borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 226–239.
- Asselt, A. D. van, Dirksen, C. D., Arntz, A., Giesen-Bloo, J. H., Dyck, R. van, Spinhoven, P. ... Severence, J. L. (2008). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: cost-effectiveness of schema-focused therapy v. transference-focused psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 192, 450–457.
- Ball, S. (2007). Comparing individual therapies for personality disordered opioid dependent patients. *Journal of Personality Disorders*, 21, 305–321.
- 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.
- Berne, E. (1967). *Spiele der Erwachsenen*. Reinbek: Rowohlt.
- Bernstein, D. P., Arntz, A. & Vos, M. de (2007). Schema focused therapy in forensic settings: Theoretical model and recommendations for best clinical practice. *International Journal of Forensic Mental Health*, 6, 169–183.
- Edwards, D. (2007). Restructuring implicational meaning through memory-based imagery: Some historical notes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 306–316.
- 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.
- Farrell, J., Shaw, I. & Webber, M. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experiential Psychology*, 40, 317–328.
- Giesen-Bloo, J., Dyck, R. van, Spinhoven, P., Tilburg, W. van, Dirksen, C., Asselt, T., ... Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder. Randomized trial of schema-focused therapy versus transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649–658.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Jacob, G. & Arntz, A. (2011). *Schematherapie in der Praxis*. Weinheim: Beltz.
- Jacobi, J. (1940). *Die Psychologie von C. G. Jung. Eine Einführung in das Gesamtwerk*. Zürich: Rascher.
- Kellogg, S. H. (2004). Dialogical encounters: Contemporary perspectives on «chairwork» in psychotherapy. *Psychotherapy: Research, Theory, Practice, Training*, 41, 310–320.
- Klecha, D., Bersier, K., Beckley, K. & Bernstein, D. (2011). Anwendung der Schematherapie in der Forensik. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 59, 205–212.
- Knauf, E. N., Stelzer, N., Jacob, G. A. (in press). Treating obsessive-compulsive disorder with the schema mode model. In Vreeswijk, M. van, Broersen, J. & Nadort, M. (Eds.), *Handbook of Schema Therapy: Theory, research and practice*. Sussex: Wiley.
- Lobbestael, J., Vreeswijk, M. van & Arntz, A. (2007). Shedding light on schema modes: A clarification of the mode concept and its current research status. *Netherlands Journal of Psychology*, 63, 76–85.
- Lobbestael, J., Vreeswijk, M. van & Arntz, A. (2008). An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 854–860.
- Lobbestael, J., Vreeswijk, M. van, Spinhoven, P., Schouten, E. & Arntz, A. (2010). The reliability and validity of the short Schema Mode Inventory (SMI). *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 38, 437–458.
- Nadort, M., Arntz, A., Smit, J. H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P., ... van Dyck, R. (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.
- Nadort, M., Dyck, R. van, Smit, J. H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Wensing, M., ... Arntz, A. (2009b). Three preparatory studies for promoting implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder in general mental health care. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 938–945.
- Reiß, N., Mobascher, A. & Lieb, K. (2011). Schematherapie in gruppen für Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 59, 187–194.
- Reiß, N., Dominiak, P., Harris, D., Knörnschild, C., Schouten, E. & Jacob, G. (in press). Reliability and validity of the german version of the Schema Mode Inventory (SMI). *European Journal of Psychological Assessment*.
- Roediger, E. (2008). *Praxis der Schematherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Roediger, E. & Jacob, G. (2011). *Fortschritte der Schematherapie. Konzepte und Anwendungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Rogers, C. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. London: Constable.
- Rudolf, G. (2004). *Strukturbezogene Psychotherapie: Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Stuttgart: Schattauer.

- Sachse, R. (2001). *Psychologische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Smucker, M. & Niederee, J. (1995). Treating incest-related PTSD and pathogenic schemas through imaginal exposure and rescripting. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 63–92.
- Watkins, J. G. & Watkins, H. H. (2003). *Ego-States. Theorie und Therapie*. Heidelberg: Carl Auer.
- Young, J. E., Klosko, S. & Weishaar, M. E. (2008). *Schema-therapie. Ein praxisorientiertes Handbuch*. Paderborn: Junfermann.

---

Dr. phil. Dipl.-Psych. Gitta A. Jacob

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg  
Institut für Psychologie  
Klinische Psychologie und Psychotherapie  
Engelbergerstr. 41  
DE-79085 Freiburg i. B.  
E-Mail: gitta.jacob@psychologie.uni-freiburg.de