

# Der Nervenarzt

Organ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde,  
der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft

**Elektronischer Sonderdruck für**

**E. Roediger**

**Ein Service von Springer Medizin**

Nervenarzt 2015 · 86:60–71 · DOI 10.1007/s00115-014-4008-8

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

**E. Roediger · G. Zarbock**

## **Schematherapie bei Persönlichkeitsstörungen**

**Eine Standortbestimmung**

Diese PDF-Datei darf ausschließlich für nichtkommerzielle Zwecke verwendet werden und ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen – hierzu zählen auch soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Austauschplattformen.

# Schematherapie bei Persönlichkeitsstörungen

## Eine Standortbestimmung

**In der psychodynamischen Therapie ist die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen (bzw. strukturellen oder Achse-II-Störungen des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM]) von jeher ein zentrales Thema. In der Verhaltenstherapie (VT) dominieren bis heute hingegen Konzepte zur Behandlung von Symptomen der sog. Achse-I-Störungen. Zwar legten Beck et al. [9] einen theoretischen Ansatz zur kognitiven Therapie von Persönlichkeitsstörungen vor und es gibt Ansätze von Fiedler [17], Sulz [55] und Smith Benjamin [53], doch fehlt diesen bisher weitgehend eine Evidenzbasierung. Lediglich für die Borderline-Persönlichkeitsstörung wurde von Linehan [32] ein gut evaluiertes Konzept formuliert. Braucht die VT weitere Konzepte zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen?**

Als Jeffrey Young in der 1980er Jahren Mitarbeiter am Institut von Aaron Beck war, beantwortete er diese Frage mit „Ja“. Ihm fiel auf, dass ein Teil der Patienten nicht gut auf die kognitive Therapie reagierte, u. a. weil sie sich nicht ausreichend auf die Therapie einlassen konnten. Daraufhin entwickelte er sein Konzept der Schematherapie, in der er Elemente und Techniken aus anderen Therapieansätzen zu einem konsistenten, verhaltenstherapiekompatiblen Modell verband, das im Folgenden vorgestellt und in Bezug zu bekannten Modellen eingeordnet und diskutiert werden soll.

### Was ist neu an der Schematherapie?

Von Kritikern der Schematherapie wird häufig ins Feld geführt, dass sie „nichts Neues“ bringe. Wie wir im Weiteren ausführen werden, trifft diese Kritik nicht zu. Das „Neue“ an der Schematherapie besteht in der konsequenten Orientierung von Diagnostik und Therapie an einem Grundbedürfnismodell und dem expliziten Ziel der Therapie, verletzte Grundbedürfnisse hinter dysfunktionalen Bewältigungsformen freizulegen, zu erkennen und therapeutisch positiv im Sinne korrigierender Erfahrungen zu beantworten. So lernen die Patienten, im Hier und Jetzt ihre aktuellen psychischen Grundbedürfnisse situationsangemessen zu befriedigen. Der Bezug zur Vergangenheit dient nur dazu, die Auswirkungen alter Muster auf die Gegenwart zu erkennen und sich konsequent aus ihnen zu lösen. Auf Grundlage dieses Paradigmas werden therapeutische Techniken verschiedener Provenienz zu einem konsistenten Modell im Sinne einer sog. assimilativen Integration [36] organisiert. Die störungsspezifische Perspektive der Verhaltenstherapie wird dadurch um ein biographisch-entwicklungspsychologisches Modell der Persönlichkeit erweitert. Die Schematherapie ist mit ihrem anschlussfähigen Konzept kein bloß pragmatisch-eklektizistischer Ansatz unter vielen.

Relativ neu ist in der von Young formulierten Konsequenz auch die Haltung der begrenzten Nachbeelterung, aus der heraus besonders zu Therapiebeginn den

Therapeuten die Rolle einer bedürfnisbefriedigenden und emotional stabilisierenden Instanz zukommt. Damit folgt sie – mehr als andere Vorgehensweisen – einem pädagogisch-orientierten Modell mit einem anfangs sehr aktiven Therapeutenverhalten. Dazu trägt bei, dass die Patienten Audioaufnahmen von den Sitzungen machen sollen, um sich damit zwischen den Sitzungen zu beruhigen, bzw. zwischen den Sitzungen die Möglichkeit zu E-Mail- oder auch Telefonkontakten besteht. Dies soll durch gelungene Interaktionszirkel zu einer korrigierenden emotionalen Erfahrung und dadurch zu einer Beruhigung der Schemata führen. Im zweiten Schritt werden die Schemata mittels der erlebnisaktivierenden Techniken kontrolliert aktiviert und wiederum modellhaft durch die Therapeuten beruhigt, bevor die Patienten nach und nach diese Funktion selbst übernehmen. Der hohe Manualisierungsgrad unterscheidet den Einsatz dieser Techniken von dem individuell-prozessorientierten Vorgehen in der Gestalttherapie. Das Wechseln zwischen verschiedenen Stühlen und Positionen im Raum bringt buchstäblich „Bewegung“ in die Therapie. Dass sich Therapeuten auch direkt neben die Patienten setzen oder stellen können, erleichtert, Bewältigungsreaktionen zu umgehen, dem emotionalen Erleben in den Kindmodi näher zu kommen und durch die körperliche Haltungsveränderung blockierte Ressourcen des gesunden Erwachsenenmodus zu aktivieren. Die kognitive Neubewertung findet dabei durch Perspektivwechsel und Ressourcenaktivie-

---

nung eher auf einer metakognitiven Ebene statt („Was würde ihr bester Freund dazu sagen?“) als durch ein logisch-strukturiertes Vorgehen wie z. B. bei der kognitiven Probe mittels Spaltentechnik [8].

### Die zentralen Elemente des Schematherapiemodells

Kinder haben emotionale *Grundbedürfnisse*. Nach Young sind das Förderung einer sicheren Bindung, der Autonomie, des Selbstausdruckes, von Spontaneität und Spiel sowie angemessene Grenzen gesetzt zu bekommen [59]. Werden diese frustriert, kommt es zu starken, negativ gefärbten emotionalen Aktivierungen, die sich als Erlebenschablonen (sog. *Schemata*) im Gedächtnis verankern und sich in die neuronale Matrix des sich entwickelnden Gehirns einprägen. Hinter beobachtbaren Schemaaktivierungen stehen im Sinne Grawes [22] Aktivierungen spezifischer neuronaler Gruppen. Damit ist

das zentrale Konstrukt der Schematherapie deutlich neurobiologischer definiert als die eher mentalistischen Konstrukte der kognitiven Therapie. Damit ist verbunden, dass Schemata nicht „gelöscht“, sondern nur durch in der Therapie durch Training neu gebildete Synapsen gehemmt werden können.

Das unmittelbare Erleben des Kindes kann zu sog. un konditionalen Schemata wie z. B. emotionale Vernachlässigung, Unzulänglichkeit/Scham, Verletzbarkeit oder Abhängigkeit führen. Die vom Kind im Sinnes des Modellerns, der Identifikation und Internalisierung übernommenen Bewertungsmuster der Umwelt können zu sog. konditionalen Schemata wie Aufopferung, unerbittlichen Ansprüchen, Besonderssein oder Strafneigung führen. Alle maladaptiven Schemata lassen sich letztlich als Folge von massiven Frustrationen psychischer Grundbedürfnisse verstehen. Diese Fokussierung auf die Grundbedürfnisse ist ein zentra-

les Merkmal der Schematherapie. Wird ein Schema durch Anforderungs-, Belastungs- oder Versagungssituationen im Hier und Jetzt ausgelöst, werden schemaassoziierte aversive Emotionen, Kognitionen und Körperzustände aktiviert. Zur Bewältigung solcher Zustände entwickeln Kinder quasi schon ab Geburt intrapsychische *Bewältigungsreaktionen*, in dem sie die Aktivierung erdulden, vermeiden oder lernen, gegen das Schema zu handeln (z. B. Verletzbarkeit durch kontraphobisches Verhalten zu kompensieren). Werden diese starr eingesetzt, können sie die kindliche Entwicklung hemmen, da starre Bewältigungsreaktionen die früheren, in den Schemata quasi geronnen aufbewahrten Negativerfahrungen konservieren und korrektive Neuerfahrungen durch selbsterfüllende Prophezeiungen erschwert werden [64]. Die Schemata bleiben dadurch im Laufe des weiteren Lebens als maladaptive Reaktionsbereitschaften im Hintergrund viru-

# Hier steht eine Anzeige.

 Springer

lent und können leicht aktiviert werden. Young [60] spricht von „Lebensfällen“.

Werden Schemata und zugehörige Bewältigungsreaktionen erlebnis- und verhaltensbestimmend, bezeichnen wir in der Schematherapie diese temporär stabilen, organisierten psychobehavioralen Gestalten als Modi (Singular: Modus). Einen *Modus* kann man als komplexen aktuellen Aktivierungszustand, als momentanen personalen Gesamtzustand [10] be-greifen. Neben der Einprägung maladaptiver Schemata und Bewältigungsreaktionen entwickeln Menschen selbstverständlich parallel dazu funktionale Muster als Ressourcen. Diese werden in der Therapie auch genutzt. Die Fallkonzeption fokussiert aber auf die maladaptiven Muster.

Es lassen sich verschiedenen Gruppen von Modi unterscheiden und zwar sog. Kind-, Innere-Eltern- und maladaptive Bewältigungsmodi (Unterordnen, Vermeiden, Überkompensieren) sowie der integrierende Modus des gesunden Erwachsenen (Ich-Stärke), der durch die Neubewertung und Entmachtung der Innere-Eltern-Modi und die Wahrnehmung und Befriedigung der kindlichen Grundbedürfnisse zu einem glücklichen Kind führt (gelingende Spontaneität, sorgloses Spiel, Spaß). ■ **Tab. 1** zeigt die wichtigsten 14 Modi, wie sie auch mit dem Schema-Modus-Inventar (SMI; [33]), einem in Holland entwickelten und gut validierten Modusfragebogen, erfragt werden können.

Diese atheoretische, deskriptiv-kategorisierende Auflistung ist z. B. für Forschungszwecke hilfreich. Mit Bezug zu den Modellen von Caspar [12], Grawe [22] und Sachse [47] bzw. psychodynamisch basierten Ansätzen wie z. B. der Transaktionsanalyse [11] können in einer *dimensionalen Matrix* aber auch *dynamische Zusammenhänge* zwischen den Modusgruppen hergestellt werden, die das sichtbare Verhalten (Bewältigungsmodi) als Resultante von im Hintergrund aktivierten motivationalen Modi versteht (■ **Abb. 1**). Damit werden der biographische und der aktuelle neurobiologische Hintergrund der Modi deutlicher.

Die Frustration der emotionalen Grundbedürfnisse zeigt sich in den sog. Kindmodi. Diese sind gekennzeichnet durch starke *basale Emotionen* [14]

Nervenarzt 2015 · 86:60–71 DOI 10.1007/s00115-014-4008-8  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

E. Roediger · G. Zarbock

## Schematherapie bei Persönlichkeitsstörungen. Eine Standortbestimmung

### Zusammenfassung

Seit knapp 10 Jahren wird die Schematherapie in Deutschland rezipiert. Inzwischen verbreitet sie sich – besonders unter den Praktikern – zunehmend und hat einen festen Platz unter den sog. „Dritte-Welle-Therapien“ eingenommen. Ziel der Schematherapie ist die Konzeptualisierung und Behandlung von Persönlichkeitsstörungen bzw. Persönlichkeitsstrukturen, die Achse-I-Störungen aufrecht-erhalten. Maladaptive Schemata resultieren aus frühen, negativen Beziehungserfahrungen, in denen die Grundbedürfnisse des Kindes nicht befriedigt wurden. In der nachbe-elternenden therapeutischen Beziehung werden die Patienten durch erlebnisaktivierende Techniken wieder kontrolliert in Kontakt mit den früheren Erfahrungen gebracht, die daraus entstandenen Bewältigungsreaktionen verstanden und durch eine korrigierende

Beziehungserfahrung in der Therapie „überschrieben“. Dabei integriert das Konzept bestehende Modelle und Techniken in eine konsistente Fallkonzeption, die den gemeinsamen Bezugspunkt von Patient und Therapeut bildet, aus der sich alle Interventionen ableiten. Dieser Übersichtsartikel fasst das Modell, die Beziehungsgestaltung und die Techniken zusammen, stellt sie in den Kontext bestehender Methoden und erwähnt erste empirische Befunde. Gemeinsamkeiten und Unterschiede werden diskutiert, ebenso Stärken und Schwächen der Schematherapie.

### Schlüsselwörter

Persönlichkeitsstörungen · Schematherapie · Techniken · Beziehungsgestaltung · Dritte Welle

## Schema therapy for personality disorders. A critical review

### Summary

In the 10 years since schema therapy was first recognized in Germany it has become widespread among practitioners and has taken a place among the so-called third wave therapies. The overall goal of schema therapy is conceptualizing and treating personality disorders or traits reinforcing axis I disorders. Early maladaptive schemas result from a child's unmet emotional core needs. In a limited reparenting therapy relationship these interpersonal situations are re-experienced and rescripted under the therapist's control. Schema therapy integrates elements of existing models and techniques into a consistent

case conceptualization as the bedrock for understanding and changing maladaptive coping behavior. This review article gives a comprehensive overview about the model, the therapy relationship and the application of the experiential techniques in relation to already developed approaches (including the current evidence). The strengths and weaknesses are briefly discussed.

### Keywords

Personality disorders · Schema therapy · Techniques · Therapy relationship · Third wave

als Ausdruck der physiologischen Aktivierungen als Signal für unbefriedigte Grundbedürfnisse. Frustration des Bindungsbedürfnisses führen dabei eher zu Angst oder Trauer als Emotionen des verletzlichen Kindmodus, Bedrohung der Selbstbehauptungsimpulse eher zu Ärger oder Unlust (als Ausdruck der Basisemotion „Ekel“). Parallel dazu werden die verinnerlichten Bewertungsmuster und Lernerfahrungen in Form der sog. Innere-Eltern-Modi aktiviert, die die Energie der zunächst ungerichteten emotionalen Aktivierung nach innen oder außen len-

ken. Sie zeigen sich als „Stimme im Kopf“ der Patienten. Diese sprechen entweder weiter so zum Patienten, wie die Bezugspersonen früher gesprochen haben (Verinnerlichung), oder sie imitieren die Bezugspersonen und richten sich auf andere (Modellernen, ■ **Abb. 2**). Die Aktivierung der Kind- und Innere-Eltern-Modi findet zunächst im Inneren der Patienten statt, aber beide haben Handlungsimpulse, die (entlang der Pfeile in ■ **Abb. 2**) zu einem sichtbaren Verhalten (*Bewältigungsmodus*) verbunden mit *sozialen Emotionen* führen. Bewältigungsmodi

**Tab. 1** Die 14 Modi, die mit dem Schema-Modus-Inventar (SMI) erfasst werden

<b>Kindmodi</b>	1. Verletzbares Kind
	2. Ärgerliches Kind
	3. Wütendes Kind
	4. Impulsives Kind
	5. Undiszipliniertes Kind
	6. Glückliches Kind
<b>Maladaptive Bewältigungsmodi</b>	7. Unterordnender Modus (angepasster Unterwerfer)
	8. Distanzierter Selbstschutzmodus
	9. Distanzierter Selbstberuhiger
	10. Selbsterhöher/Wichtigtuier
	11. Pöbel- und Angreifermodus
<b>Dysfunktionale internalisierte Elternmodi</b>	12. Strafende innere Eltern
	13. Fordernde innere Eltern
<b>Integrierender Modus</b>	14. Der Modus des gesunden Erwachsenen

di sind (im Gegensatz zu dem *intrapersonalen* Umgang mit den Schemata) *interpersonale* allo- oder autoplastische Beziehungsdefinitionen als Ausdifferenzierung der biologisch angelegten Muster von Kampf, Flucht oder Unterwerfung. Diese Unterscheidung in eine innere motivationale und eine sichtbare Verhaltensebene entspricht der *doppelten Handlungsregulation* von Sachse [47]. Kindmodi entsprechend dem energetisierenden Prinzip Caspars [12] und Grawes [22], die Bewertungen der Elternmodi dem richtungsgebenden.

Patienten erleben sich in den Bewältigungsmodi zunächst Ich-synton. Akzentuierte Bewältigungsmodi können aber durch ihre Einengung der Reaktionsflexibilität zu Interaktions- bzw. Persönlichkeitsstörungen führen [17]. Es gibt empirisch bestätigte Korrelationen zwischen einzelnen Bewältigungsmodi und spezifischen Persönlichkeitsstörungen [33]. Unter emotionalen Belastungen bzw. bei erhöhtem Anpassungsdruck kann das System darüber hinaus zur Reduktion seiner *Inkonsistenzspannung* [22] in klinische Symptome bzw. Achse-I-Störungen dekompensieren, die wiederum als übersteigerte Bewältigungsmodi verstanden werden können (z. B. eine Zwangsstörung als Exzesse eines „zwanghaften Kontrollmodus“, eine Erschöpfungsdepression als Steigerung des Unterordnungs- bzw. Aufopferungsmodus, eine gehemmte Depression als akzentuierter distanzierter Selbstschutzmodus und eine Sucht als dekompenzierte Selbstberuhigung; **Abb. 2**). Die zentrale Aufgabe der Therapie be-

steht darin, die Symptome mit den dekompenzierten Bewältigungsmodi und deren Funktion in Beziehung zu setzen, die dahinter stehenden inneren Kind- und Elternmodi, deren Ursprünge in der Kindheit und deren Motive zu erkennen und die Patienten zu einer Neubewertung der Situation aus der Sicht eines *gesunden Erwachsenen* zu führen. Dann können die unbewusst übernommenen Bewertungen mit den heutigen Bewältigungsmöglichkeiten „entmachtet“ und losgelassen und die berechtigten emotionalen Bedürfnisse der Kindseite befriedigt werden und so die alten Wunden bzw. Schemata „heilen“.

### Die Bedeutung der Fallkonzeption

Ein Grundprinzip der Schematherapie ist die Nutzung vorhandener Ressourcen bzw. Lösungsschemata der Patienten. Patienten haben ein ausgeprägtes Bedürfnis, sich über Therapien (z. B. im Internet) zu informieren. Die Psychoedukation befriedigt diese Wünsche und fördert das Vertrauen in das Modell und die Expertise der Therapeuten. Das wird unterstützt durch entsprechende Internetseiten (<http://www.schematherapie-roediger.de>) sowie verschiedene Publikationen [26, 42, 60]. Gerade jüngere Therapeuten können so das Vertrauen auch deutlich älterer Patienten gewinnen. In der Sprache Sachses [47] bauen sie dadurch „Beziehungskredit“ auf. Die meisten persönlichkeitsgestörten Patienten sind nicht durch ihre kognitiven Fähigkeiten limitiert, sondern durch emotionale Prozesse, die zu The-

rapiebeginn noch nicht so stark aktiviert sind. Man kann in diesem therapeutischen Fenster die kognitiven Ressourcen nutzen, um eine gute Arbeitsbeziehung aufzubauen. Die gemeinsam entwickelte Fallkonzeption (**Abb. 3**) dient im weiteren Therapieverlauf als gemeinsamer Bezugspunkt („joint referencing“; [51]), um in emotionale Aktivierungssituationen aus der dyadischen Beziehung auszusteigen und durch Aufstehen die Therapiesituation aus einer Dritte-Person-Perspektive gemeinsam wie „von oben“ anzuschauen, um das Erleben zunächst in der dritten Person zu beschreiben („Die Patientin fühlt sich nicht verstanden“ oder: „Der Therapeut fühlt sich überfordert“), zu verstehen und in die Fallkonzeption einzuordnen. Dadurch können Patient und Therapeut rasch wieder in die Arbeitsbeziehung zurückfinden. Dieser systematische Wechsel auf eine metakognitive Ebene macht die Schematherapie zu einer Methode der sog. „dritte Welle“ der Verhaltenstherapie. Die Einsicht in das Therapierational kann zudem die Compliance für primär aversive Maßnahmen wie z. B. Expositionsbehandlungen bei Zwangspatienten verbessern.

Die individuelle Fallkonzeption (*Moduslandkarte*; [44]) wird mithilfe von Informationen aus der Anamnese, dem aktuellen psychischen Befund, den Eindrücken aus den Erstkontakten, den Fragebögen und den diagnostischen Imaginationsübungen erstellt. Die so entstehende Moduslandkarte lässt situationsspezifische, aber auch generalisierte Verhaltensexzesse und -defizite deutlich werden. Aus den Akzentuierungen bzw. leeren Feldern der Fallkonzeption ergeben sich die Therapieziele, denn im Modus des gesunden Erwachsenen sollen die Patienten im Stande sein, neben den vordergründigen Bewältigungsmodi auch die hintergründigen, motivationalen Modusaktivierungen wahrnehmen, einordnen und neubewerten zu können. Dies ist die Basis für ein flexibles und situationsangemessenes Bewältigungsverhalten, das die Grundbedürfnisse möglichst optimal befriedigt.

In dem abgebildeten Beispiel bleibt bei den Bewältigungsmodi das Feld für die Überkompensation relativ leer. Dies ist ein Hinweis, dass die Patientin grundsätzlich nicht „kämpfen“ kann bzw. durfte,

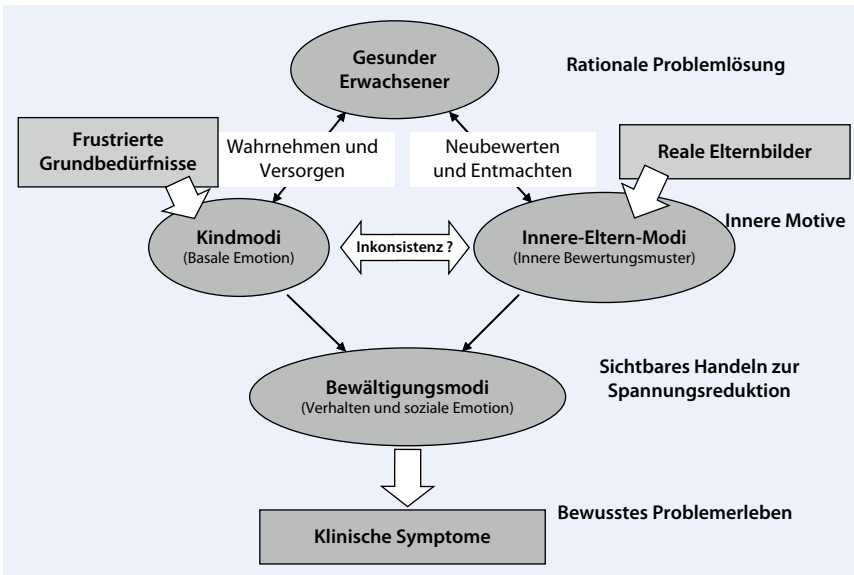


Abb. 1 ▲ Einfaches Modusmodell

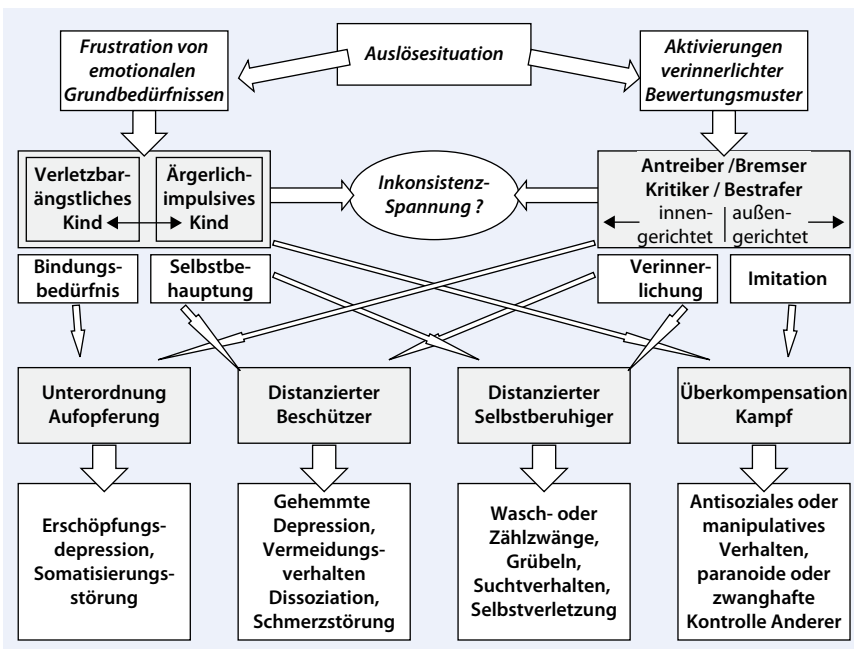


Abb. 2 ▲ Erweitertes Modusmodell mit Bewältigungsmodi und Symptomen

auch nicht in einem angemessenen Rahmen. Verfolgt man die Pfeile zurück zeigt sich, dass sie auch keinen Zugang zum aggressiven Teil des emotionalen Spektrums hat und die Bewertungsmuster überwiegend nach innen gerichtet sind. Es fehlt die energetisierende Komponente der Wut („ohne Wut kein Kampf“) und die nach außen gerichteten Bewertungsmuster („Wut muss erlaubt sein“). Entsprechend sind die Therapieziele, die Patienten in den emotionsaktivierenden Übungen

in Kontakt mit der Wut als Ressource zu bringen, diese neu zu bewerten und zu einer angemessenen Selbstbehauptung nutzen zu können (oberer Kasten).

### Die Beziehungsgestaltung in der Schematherapie

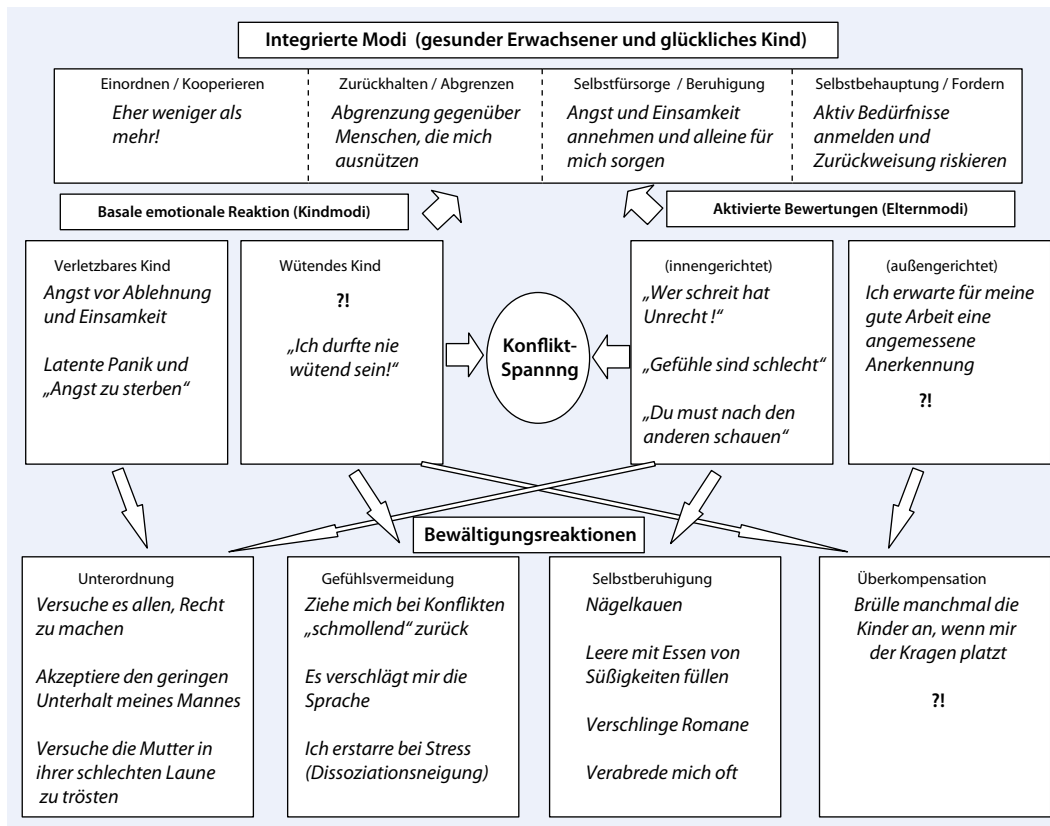
Die spezifische Form der Beziehungsgestaltung, von Young [59] „begrenzte elterliche Fürsorge“ („limited reparenting“) genannt, bildet neben dem theoretischen

Modell und dem systematischen Einsatz der erlebnisaktivierenden Techniken eines der „drei Beine“, auf denen die Schematherapie „steht“ (Tab. 2).

Sie versucht, analog der sog. komplementären [22, 47] bzw. motivorientierten Beziehungsgestaltung [12], zunächst die emotionalen Grundbedürfnisse der Patienten im Sinne einer unmittelbar korrigierenden emotionalen Erfahrung [1] durch ein aktiv-fürsorgliches Therapeutenverhalten zu befriedigen. Der „optimal funktionierende Therapeut“ (OFT; [63]) agiert so, wie es gute Eltern (oder gute Freunde) tun würden. Im Gegensatz zu den dysfunktionalen, schemabildenden, früheren Beziehungserfahrungen entsteht so ein gelungener Interaktionszirkel, in dem sich die Patienten als „Du“ wahrgenommen und selbstwirksam erleben im Sinne eines koregulativen Prozesses. Die Annahme ist, dass sich ein beruhigtes und befriedigtes Kind aufgrund seiner biologisch angelegten prosozialen Impulse von sich aus entwickeln will.

Die Therapeuten regulieren die emotionale Aktivierung der Patienten, indem sie mittels der erlebnisaktivierenden Techniken das belastende Erleben zunächst prozessual aktivieren, um dann feinfühlig emotional und interpersonell korrektive Erfahrungen zu gestalten (z. B. durch imaginative Angebote, empathische Antworten, konkrete Hilfestellungen, dosierte Selbstoffenbarungen, Anleitungen zur Neubewertung). In einem anschließenden Schritt werden die Patienten angeleitet, dass neu Erlebte auch in einer *Mentalisierungsbewegung* [19] durch den Bezug zur Fallkonzeption kognitiv zu klären und verändert auf ihr Identitätserleben zu beziehen (vertikale Achse in Abb. 4). Bei emotional vermeidenden Patienten aus dem C-Cluster des DSM wird dabei der emotionsaktivierende Pol betont, bei emotional instabilen Patienten aus dem B-Cluster die Fähigkeit zur Selbstregulation und Selbstreflexion, wobei die Therapeuten – wie bei einem Kind – vorab und begleitend im Sinne der anleitenden Koregulation anfangs unterstützen müssen.

Die Therapeuten bieten immer so viel Kontakt und Unterstützung an, dass sich die Patienten sicher fühlen. Sie verhalten sich so unterstützend wie gute Eltern (Pol der Nachbealterung in der ho-



**Abb. 3** ◀ Moduslandkarte einer fiktiven dependenten und akut depressiven Patientin

horizontalen Achse in **Abb. 4**). Sind die Patienten ausreichend stabilisiert, regen die Therapeuten dosiert mehr Eigenverantwortung und Aktivität an, indem sie z. B. in einer sog. „empathischen Konfrontation“ auf die vorhandenen Ressourcen der Patienten, äußere Gegebenheiten oder eigene Grenzen hinweisen (rechter Pol in **Abb. 4**). Sie bieten den Patienten dadurch ein Modell für fürsorgliches, aber auch angemessen abgegrenztes Verhalten, das im weiteren Verlauf von den Patienten übernommen (internalisiert) werden kann. Da viele Therapeuten selbst die Schemata „emotionale Vernachlässigung“, „unerbittliche Ansprüche“ und „Aufopferung“ haben [30], muss in der Supervision darauf geachtet werden, dass Therapeuten ihre eigenen Bedürfnisse mit denen der Patienten angemessen ausbalancieren, sonst wären sie kein gutes Modell! [39]. Durch eine optimale Balance von Aktivierung und Verarbeitung [65] sowie Unterstützung und dosiertem Fordern versuchen die Therapeuten, die emotionale Aktivierung im sog. „Toleranzfenster“ zu halten und ein optimales Lernklima zu schaffen. Wenn die Patienten die Sitzungen z. B. mit Smartphones aufneh-

men, können sie die Bänder auch zwischen den Sitzungen in Aktivierungssituationen anhören und sich sowohl durch die Präsenz eines Übergangsobjektes (für den Kindmodus) als auch durch die konkreten Anleitungen (für den Erwachsenenmodus) stabilisieren. Zudem können insbesondere in Krisen E-Mail- oder notfalls auch kurze Telefonkontakte Sicherheit vermitteln und durch die Verfügbarkeit der Therapeuten die basalen Bindungsbedürfnisse der Patienten heilsam beantworten. Wenn Patienten in übermäßiger Weise davon Gebrauch machen sollten (was in einer randomisierten Studie tatsächlich kaum geschah; [38]), können die Therapeuten dies individuell empathisch konfrontieren, was von den Patienten besser angenommen wird als eine formal-rigide Abgrenzung. Die Schematherapie folgt damit – im Unterschied z. B. zur dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) Linehans [32] – über weite Strecken einem pädagogischen Vorgehen, das konkrete Unterstützung mit Kontingenzorientierung ausbalanciert.

Diese Form von Beziehungsgestaltung wird von den Patienten positiv erlebt und drückt sich in relativ *niedrigen Abbruchra-*

*ten* aus [3, 7]. Auch die Therapeuten werden dadurch entlastet. Zum einen können sie über weite Strecken auf ihre sozialen Alltagsfertigkeiten zurückgreifen und sich authentisch verhalten, was relativ wenig anstrengend ist und damit „Burnout-prophylaktisch“ wirken dürfte. So gelingt es schematherapeutisch arbeitenden Kollegen auch, über längere Zeit mit einer größeren Zahl persönlichkeitsgestörter Patienten zu arbeiten, ohne sich überlastet zu fühlen. Zum anderen müssen sich Therapeuten über instabile Patienten zwischen den Sitzungen weniger Gedanken machen, wenn sie vereinbart haben, dass diese sich melden, wenn es ihnen sehr schlecht geht. Für diese Form der Arbeit sind eine gute Kenntnis der eigenen Schemata und Modusaktivierungen und damit eine ausreichende Selbsterfahrung wichtig. Auch in der (ausschließlich videobasierten) *Schematherapiesupervision* wird auf Schemaaktivierungen der Therapeuten geachtet. Anhand der Videos als gemeinsamen Bezugspunkt im Sinne des „joint referencing“ ist eine schonende Konfrontation möglich, in der sich die Supervisoren als Modell anbieten [39].

**Tab. 2** Die „drei Beine“ der Schematherapie

Spezifische therapeutische Beziehung („begrenzte elterliche Fürsorge“)
Konsistentes, manualisiertes Therapiemodell als Grundlage für Fallkonzeption/Therapieplanung (in das sich alle Techniken einfügen)
Einsatz erlebnisaktivierender Techniken (wann immer möglich; teilweise manualisiert)

## Die zentralen Techniken der Schematherapie

Die Techniken der Schematherapie sind natürlich nicht ohne Einflüsse „von außen“ entwickelt worden, haben aber durch den spezifischen Kontext ihrer Weiterentwicklung im Rahmen des Schema- und Modusmodells und der Beziehungsgestaltung durch begrenzte elterliche Fürsorge und empathische Konfrontation eine spezifische Prägung erhalten. Neben den Ideen der kognitiven VT, wie sie von Beck und Mitarbeitern formuliert wurden [8], haben die sog. erlebnisaktivierenden („experiential“) Techniken ihre Wurzeln in der Gestalttherapie und dem Psychodrama. Imaginationsübungen und Modusdialoge auf mehreren Stühlen sind das „dritte Bein“ einer Schematherapie (■ **Tab. 1**).

*Imaginationsübungen* dienen vor allem dazu, den Bezug zu den schemainduzierenden Situationen in der Kindheit herzustellen. Da solche *Schlüsselepisoden* [61] quasi die Ursache der dysfunktionalen Schemata sind, kann die Bearbeitung solcher Schlüsselepisoden im Sinne eines „imagery rescripting“ [2] einen wichtigen Zugang sowohl zum Verständnis als auch zur „Überschreibung“ dieser Schemata liefern. Im Anschluss fällt es den Patienten leichter, in den heute aktivierten Kindmodi das alte Erleben wiederzuerkennen und sich emotional zu lösen. Im ersten Teil der Übungen gehen die Patienten kurz mit dem alten Erleben in Kontakt. Im Gegensatz zur klassischen Exposition („prolongued exposure“; [18]) bleiben die Patienten aber nicht bis zur Habituation in der Situation drinnen. Sobald die Emotionen submaximal aktiviert sind, wird der „Film“ angehalten. Im zweiten Teil der Übung, dem

sog. „rescripting“, treten statt dessen die Patienten als heutige Erwachsene zusammen mit den Therapeuten (bei schwerer belasteten Patienten auch zunächst die Therapeuten alleine) in die Imagination ein und lösen diese im Sinne des Schutzes des Kindes, der Entmachtung von Tätern und der Befriedigung legitimer kindlicher Grundbedürfnisse auf.

Der therapeutische Effekt wird zum einen durch die unmittelbare Befriedigung der basalen psychischen Grundbedürfnisse der Patienten erzielt. Die Patienten – machen so die emotionale Erfahrung einer haltgebenden und beschützenden Beziehung. Durch den aktiv induzierten *Perspektivwechsel* wird parallel dazu eine emotionale Distanzierung und kognitive Neubewertung aus der Sicht des Erwachsenen möglich. Weiterhin wird die Aktivierung latent vorhandener Ressourcen der Patienten gefördert. Im Vergleich zur „imagery rescripting and reprocessing therapy“ (IRRT; [54]) nehmen Schematherapeuten dabei eine aktivere Rolle ein und übernehmen ggf. selbst modellhaft die Auflösung. Viele Patienten erleben durch dieses aktive Therapeutenverhalten zum ersten Mal, dass sie jemand vorbehaltlos unterstützt und versorgt.

Während die Imaginationsübungen biographische, *interpersonale* Problemsituationen aktiveren, arbeiten die *Modusdialoge auf mehreren Stühlen* auf der gegenwärtigen „inneren Bewusstseinsbühne“ der Patienten. Sie dienen dazu, das zunächst „monolithische“, Ich-syntone Erleben der Patienten als Ergebnis dynamischer *intrapsychischer* Wechselwirkungen durchschau- und damit veränderbar zu machen. Die Patienten kommen meist in einem Bewältigungsmodus in die Therapiesitzung. Die Therapeuten versuchen (analog dem Vorgehen Sachsens; [47]) von der „Spielebene“ zur Motivebene vorzudringen, indem sie den Bewältigungsmodus benennen und nach seinen Motiven befragen („Wie lange gibt es dich, wofür bist du da, was verhinderst du, was sind die Vor- und Nachteile, unter welchen Bedingungen wärst du bereit, für eine begrenzte Zeit zur Seite zu treten“?). Für die Patienten ist es entlastend, wenn auch die funktionale Seite des Bewältigungsverhaltens anerkannt wird und sie nach der Therapiestunde wieder das alte Bewältigungs-

verhalten einsetzen können, bis sie in der Therapie bessere Lösungen erlernt haben. Die Therapeuten erfragen die in dem Bewältigungsverhalten wirkenden „Stimmen“ der Innere-Eltern-Modi und die basalen Emotionen der Kindmodi und setzen beide auf Stühle hinter dem Bewältigungsmodus. So wird die Moduslandkarte aus ■ **Abb. 3** im äußeren Raum sichtbar.

Im zweiten Teil der Übung können sich Patient und Therapeut nebeneinander stellen und so ein „Beraterteam“ bilden. Sie betrachten nun die Konstellation quasi „von oben“, um durch diesen äußeren Perspektivwechsel den inneren Perspektivwechsel physisch zu unterstützen. Aus dieser Haltung können verschiedene Außenperspektiven herangezogen werden, um die Situation aus dem Blickwinkel eines gesunden Erwachsenen zu betrachten und entsprechende Lösungsmöglichkeiten zu finden. So können die Patienten gefragt werden, wie die beste Freundin oder der beste Freund die Situation beurteilen und auflösen würden, oder wie sie reagieren würden, wenn ihr leibliches Kind auf dem Kindstuhl säße. Durch diese „*Substitutionstechniken*“ werden in den Patienten vorhandene Ressourcen aktiviert, auf die sie im Moment der Schemaaktivierung auf der Modusebene nicht zugreifen können. Der Rückgriff auf solche bereits angelegten Lösungen geht bedeutend leichter, als neue Lösungen zu erarbeiten. Dieses Vorgehen ist typisch für die Ansätze der sog. „dritten Welle“. Im weiteren Verlauf werden die neuen Lösungen in Form von inneren Dialogen zwischen zwei Stühlen (z. B. gesundem Erwachsenen und Innere-Eltern-Modus oder Kindmodus) bzw. Rollenspielen mit realen Beziehungspartnern eingeübt, um den Transfer in den Alltag vorzubereiten. Andere Varianten der Stühlearbeit im Sinne eines korrektiven Psychodramas enthalten z. B. symbolische Entmachtungen strafender Täterintrojekte, indem diese Stühle „vor die Tür“ gestellt werden, oder die Patienten erhalten Memokarten mit hilfreichen Sätzen [27].



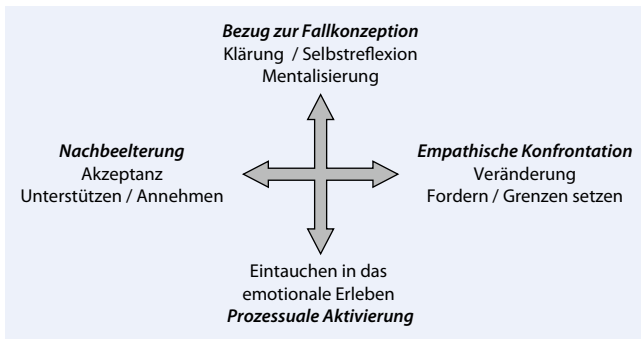


Abb. 4 ◀ Dynamik der Beziehungsgestaltung

## Die Steuerung des Therapieprozesses

Insbesondere die Gruppe um Arntz in Maastricht hat für Studienzwecke den Ablauf einer Schematherapie weitgehend manualisiert [3]. Neben den Vorteilen für die Adhärenz in Studien gibt ein manualisiertes Vorgehen den Anfängern größere Sicherheit und erleichtert den Prozess der Supervision. In einer jüngst abgeschlossenen randomisiert kontrollierten Studie (RCT) mit sechs verschiedenen Persönlichkeitsstörungen aus dem C- und B-Cluster des DSM IV hatten die manualgetreu arbeitenden Therapeuten die besten Effekte, die niedrigsten Abbruchquoten und die höchsten Patientenzufriedenheitswerte [7]. Hier zeigt sich eine hohe Konvergenz von manualisiertem Vorgehen und erlebter Beziehungsqualität, die den präzisen Einsatz von Techniken und die Qualität der Beziehungsgestaltung nicht als unabhängige (oder gar gegensätzliche) Wirkfaktoren verstehen lässt [29].

Im Vergleich zu anderen Therapieformen erlaubt die Schematherapie ein sehr direktives, hypothesengeleitetes Vorgehen im Sinne eines sog. „Top-down“-Ansatz: Die Therapeuten haben eine recht klare, normative Vorstellung über menschliche Grundbedürfnisse, basale Emotionen, mögliche Schemata, Modi und Bewältigungsreaktionen. Die therapeutische Kunst besteht darin, eine möglichst gute „Passung“ zwischen dem allgemeinen Modell und den einzelnen Patienten herzustellen, in der sich die Patienten adäquat beschrieben sehen. Dies verlangt eine hohe Flexibilität der Therapeuten. Neben dem verbalen Rapport wird dezidiert auf nonverbale Signale wie Körperhaltung, Bewegungen, Stimme etc. geachtet. In-

kongruenzen werden angesprochen, um zu verhindern, dass z. B. dependente Patienten im Sinne der sozialen Erwünschtheit antworten. Therapeuten können im Sinne einer begrenzten Selbstoffenbarung („disciplined personal involvement“; [35]) ihr eigenes Erleben in die Therapie einbringen, indem sie z. B. den „skeptischen Therapeuten“ auf einen zweiten Stuhl setzen und seine Zweifel am Therapiefortschritt äußern lassen. Wenn die Patienten ängstlich oder ärgerlich reagieren, setzen sie sich mit ihrem eigentlichen Therapeutenstuhl *neben* die Patienten und beraten gemeinsam, wie man mit den Zweifeln des „skeptischen Therapeuten“ auf dem leeren Stuhl gegenüber umgehen kann. Durch das Externalisieren der Zweifel können diese angesprochen werden, ohne die Arbeitsbeziehung zu belasten.

Die Möglichkeit, in Imaginations- oder Stühleübungen als Therapeut einzusteigen und die Situationen aktiv auflösen zu können, gibt den Therapeuten im Vergleich zu einem sokratischen Vorgehen oder dem sog. „Standardprotokoll“ des EMDR („eye movement desensitization and reprocessing“; [50]) eine optimale Prozesskontrolle. Dies führt zu einer *emotionalen Entlastung der Therapeuten*, weil sie den Verlauf der Stunde weitgehend steuern können. So können sowohl der übliche Zeitrahmen von 50 min eingehalten als auch die Patienten in einem stabilen Zustand aus der Stunde entlassen werden. In der Schematherapie werden verschiedene *Arbeitsblätter* wie das Fallkonzeptionsblatt (▣ Abb. 3), das sog. Schema-Memo zur Neubewertung, Tagebücher zum Protokollieren der Ergebnisse von Verhaltensexperimenten oder zur Aktivitätenplanung eingesetzt, damit die Patienten zwischen den Sitzungen eigenständig ihre Selbstregulationsfähigkeiten üben.

Dies fördert den Transfer in den Alltag und die Ablösung vom Therapeuten. Anfangs wird eher in Richtung Veränderung gearbeitet. Werden im Laufe der Therapie die Grenzen der Entwicklungsmöglichkeiten der Patienten deutlicher, kann in eine akzeptanzorientierte Haltung gewechselt werden, indem die Stimmen der inneren Antreiber herausgearbeitet und entmachtet werden, die mit dem Erreichten nie zufrieden sind und immer weitere Verbesserungen einklagen. Besonders bei älteren, gesundheitlich beeinträchtigten oder sozial schwachen Patienten bzw. in existenziellen Krisen kann so leichter innere Konsistenz hergestellt werden [22].

Zu Beginn einer ambulanten Therapie wird in wöchentlichen Sitzungen gearbeitet und es überwiegt ein aktiv-fürsorgliches Verhalten der Therapeuten, das – analog zur Kindererziehung – ab der Mitte der Therapie nach ca. 20 bis 30 Sitzungen zunehmend zurückgenommen wird, um die Eigeninitiative und Selbstwirksamkeit der Patienten dosiert zu fördern. Parallel dazu wird auf 14-tägige Intervalle umgestellt. Zwischen den Sitzungen können die Patienten die Bänder der Stunden anhören. Nach ca. 30 bis 40 Sitzungen wird für weitere ein bis 2 Jahre zu monatlichen Intervallen übergegangen, sodass mit dem Budget einer Richtlinien-therapie ein Behandlungszeitraum von 3 bis 4 Jahren abgedeckt werden kann. Neben diesem ambulanten Einzelsetting wird Schematherapie inzwischen auch in Gruppen sowie im teil- und vollstationären Rahmen eingesetzt. Empirische Untersuchungen dazu laufen.

## Empirische Befunde

Empirische Bestätigungen für die Schematherapie gibt es inzwischen sowohl für die Basiskonzepte der Schematherapie (Schemata, Bewältigungsstile und Modi) als auch für die Wirksamkeit unter sog. optimalen kontrollierten Bedingungen im Sinne von „efficacy“ und unter den Bedingungen alltäglicher Versorgungspraxis („effectiveness“). Die von Young erarbeiteten Schemata haben sich empirisch über mehrere Kulturen hinweg gut bestätigen lassen, sodass diese als quasi universelle menschliche Lebensthemen gelten können (Übersicht bei [45]).

Dies wird dadurch unterstrichen, dass sich diese Schemata weitgehend identisch bei klinischen wie nichtklinischen Stichproben auffinden lassen. Insgesamt sind die Befunde zur psychometrischen wie auch zur Konstruktvalidität der Young-Schemata als zufriedenstellend bis gut zu bezeichnen [41]. Eine aktuelle Untersuchung zum Moduskonzept im deutschsprachigen Raum von Reiss et al. [40] konnte in einer gemischten Stichprobe aus gesunden und psychiatrischen Patienten mit Achse-I- und -II-Diagnosen die 14 postulierten Modi (■ **Tab. 1**) nachweisen, wobei die beobachteten Zusammenhänge zwischen den Modi und klinischen Diagnosen ebenfalls in die erwarteten Richtungen wiesen.

Die Studienlage in Bezug auf die Wirksamkeit der Schematherapie unter experimentell kontrollierten Bedingungen („efficacy“) ist insgesamt als vielversprechend, aber noch nicht als ausreichend zu bezeichnen. In mittlerweile drei randomisierten und kontrollierten Studien konnte die Wirksamkeit für Borderline-Patienten im Einzelsetting [21], in Gruppen [15] und bei sechs weiteren Persönlichkeitsstörungen [7] nachgewiesen werden. Bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung war in der Studie von Giesen-Bloo et al. [21] im Einzelsetting die Schematherapie der gegenübertragungsfokussierten Therapie überlegen, in der Studie von Farrell et al. [15] im Gruppensetting einem „treatment as usual“. Nadort et al. [38] konnten in einer Implementierungsstudie mit durchschnittlich ca. 70 Sitzungen, was dem Umfang einer Richtlinienlangzeittherapie entspricht, eine Effektstärke von 1,55 erzielen. In der gerade publizierten Studie von Bamelis et al. [7] mit 323 Patienten mit abhängigen, vermeidenden, zwanghaften, histrionischen, narzisstischen und paranoiden Persönlichkeitsstörungen war in einem ambulanten Setting eine standardisierte Schematherapie mit insgesamt 50 Sitzungen über 2 Jahre bei einem Follow-up ein Jahr nach Therapieende bei allen Persönlichkeitsstörungen mit einer durchschnittlichen Effektstärke von 1,76 sowohl einem intensiven, unbegrenztem „treatment as usual“ (1,27) als auch drei Gruppen mit klärungsorientierter Therapie nach Sachse [47] mit unbegrenzter Sitzungszahl (1,1 – alle Effekt-

stärken als Cohen's d) überlegen. In der Behandlung des Substanzmissbrauchs waren jedoch in zwei randomisierten, kontrollierten Studien [4, 5] die störungsspezifischen Therapieangebote effektiver als eine suchtheadaptierte Form der Schematherapie (die sog. „dual focus schema therapy“). Dabei wurde aber nicht mit dem aktuellen Modusmodell gearbeitet.

Nach der Übersichtarbeit von Bamelis et al. [6] kann insgesamt davon ausgegangen werden, dass es eine Vielzahl empirischer Belege für die Wirksamkeit der Schematherapie bei verschiedenen Persönlichkeitsstörungen auch unter den Bedingungen der Routineversorgung gibt. Bei therapieresistenten Achse-I-Störungen gibt es zwar theoretische Konzepte und positive klinische Erfahrungen sowie erste Ergebnisse aus systematischen Anwendungsbeobachtungen, aber randomisierte, kontrollierte Studien stehen hier noch aus.

### Wo kommen die Elemente der Schematherapie her?

Betrachtet man die einzelnen Elemente des Schematherapieansatzes isoliert, findet man für fast alles Parallelen oder Vorläufer: Bei der Beziehungsgestaltung wies bereits Ferenci [16] darauf hin, dass man manche Patienten quasi adoptieren müsse (Nachbeelterung). Die Befriedigung emotionaler Grundbedürfnisse und eine entsprechende komplementäre bzw. motivorientierte Beziehungsgestaltung beschreiben auch Sachse [47], Grawe [22] und Casper [12] in ihren Ansätzen. Die Förderung der Mentalisierung durch das Therapeutenmodell steht im Mittelpunkt der mentalisierungsbasierten Therapie [19]. Die Grundqualitäten des Therapeutenverhaltens hatte bereits Rogers benannt [46]. Die Balance von aktiv-direktivem Therapeutenverhalten und empathischer Konfrontation wird im motivierenden Interview detailliert beschrieben [37]. Die Distanzierung vom emotionalen Erleben und der Wechsel in die Perspektive eines gesunden Erwachsenen wenden alle achtsamkeitsbeeinflussten Ansätze der sog. „dritte Welle“ an (DBT [32], „mindfulness-based cognitive therapy“, MBCT [49], „acceptance and commitment therapy“, ACT [24] bzw. die „metacognitive the-

rapy“, MCT [58]). Die Einbeziehung und Rückmeldung des Therapeutenlebens ist die Basis psychodynamischen Arbeitens, die Technik der begrenzten Selbstoffenbarung seitens des Therapeuten wird auch im „cognitive behavioral analysis system of psychotherapy“ (CBASP) angewendet [35].

Während das ältere Schemamodell noch starke Bezüge zum kognitiven Therapiemodell hat, zeigt das neuere Modusmodell Annäherungen an transaktionsanalytische Überlegungen [11], zum „States-of-mind“-Ansatz [25], dem Ego-states-Modell [57] oder anderen Konzepten, die mit verschiedenen Persönlichkeitsanteilen arbeiten (z. B. [48]). Die Annahme einer Störungsentstehung in der frühen Kindheit teilt die Schematherapie mit den psychodynamischen Modellen.

Die erlebnisaktivierenden Techniken, die neben den VT-Techniken eingesetzt werden, sind durch Techniken der Gestalt- bzw. Hypnotherapie und dem Psychodrama angeregt worden. Dennoch sollte der Nachweis der Wurzeln und aktueller Ähnlichkeiten im Vorgehen nicht über die Unterschiede hinwegtäuschen. Die in der Schematherapie verwandten Techniken haben inzwischen ihre spezifische Entwicklung genommen und der fallkonzeptionsbasierte Gesamtkontext der Schematherapie hat die Techniken in der Art und Weise ihrer Anwendung, Indikation und Zielführung nachhaltig geprägt. Die Schematherapie als Ganzes (auch gemessen an den beschriebenen Effektstärken) ist dadurch größer als die Summe der einzelnen entlehnten Teile.

### Stärken und Schwächen der Schematherapie

Da die Schematherapie eine sehr personenzentrierte Therapieform ist, müssen Therapeuten diese Art des aktiven Vorgehens, der Selbstoffenbarung und des authentischen Verhaltens mögen. Die Therapie verlangt umfassende Fertigkeiten im Bereich der Beziehungsgestaltung und eine gute Kenntnis der eigenen Schemata bzw. eine entsprechende Selbsterfahrung. Nicht jeder Therapeut bringt die persönlichen Voraussetzungen und Vorlieben mit, um Schematherapie zu lernen. Die formale Voraussetzung für die etwa 3

---

Jahre dauernde Fortbildung ist eine Approbation als ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut. Eine Zertifizierung durch die Internationale Schematherapiegesellschaft (ISST) ist sowohl für verhaltenstherapeutisch als auch psychodynamisch ausgebildete Therapeuten möglich. In den Kursen der bundesweit aktuell 12 Schematherapieinstitute mit mindestens 54 Unterrichtseinheiten können nur die Grundlagen vermittelt werden. Auch wenn die Kurse einen Anteil von 30% Kleingruppenübungen haben, findet die Vermittlung des prozeduralen Wissens überwiegend in der videobasierten Supervision von mindestens 20 Einzelstundenäquivalenten statt. Dabei kommt den Supervisoren eine große Verantwortung zu, unempathisches oder schemabasiertes Handeln der Therapeuten empathisch zu konfrontieren und in Rollenspielen funktionales Verhalten einzuüben [39]. Das wäre ohne die obligate Video-

basierung nicht möglich. Entsprechend muss zur Zertifizierung ein Videoband einer kompletten Therapiesitzung von einem neutralen Rater auf einer vorgegebenen Ratingskala ausreichend gut bewertet werden. Ggf. muss einzelnen Therapeuten vermittelt werden, dass sie mehr Selbsterfahrung brauchen und im Extremfall nicht geeignet sind, Schematherapeuten zu werden.

Trotz des eingängigen Modells ist die Anwendung der Schematherapie sehr komplex und verlangt gute therapeutische Basisfertigkeiten. Zu Recht weist Linden [31] darauf hin, dass Auszubildende zunächst sicher in der Anwendung verhaltenstherapeutischen Grundtechniken seien und nicht „zwei Musikinstrumente gleichzeitig lernen“ sollten. Die volle Wirksamkeit der Schematherapie scheint stark vom präzisen Einsatz der Techniken abzuhängen. In der Studie von Bamelis et al. [7] sank die Abbruchquote in der Sche-

matherapiegruppe von 28 auf 5%, nachdem eine zweite Gruppe von Therapeuten nicht nur theoretisch unterwiesen, sondern verstärkt in praktischen Übungen die Techniken präzise erlernten. Das kann in den Videos in der Supervision auch anhand einer schematherapiespezifischen Kompetenzratingskala (STCRS-dt), sehr genau überprüft und ggf. geübt werden. Entsprechende Trainingsvideos können unter [info@schematherapie-frankfurt.de](mailto:info@schematherapie-frankfurt.de) bezogen werden. Der recht hohe Manualisierungsgrad der emotionsaktivierenden Techniken macht sie relativ sicher lernbar. Bereits sehr erfahrene Therapeuten tun sich aber oft schwer, von ihrer vertrauten Routine abzuweichen und sich erneut in die Rolle von Lernenden zu begeben und sich von evtl. deutlich jüngeren Kollegen in der Supervision „sagen zu lassen, wie Therapie geht“. Dies verlangt Fingerspitzengefühl seitens der Supervisoren. Ein eklektizistischer bzw. nicht

---

# Hier steht eine Anzeige.



manualkonformer Einsatz von Elementen der Schematherapie birgt die Gefahr der „Verwässerung“ und schlechterer Ergebnisse.

Durch das große Interesse der Medien und eine überwiegend positive Darstellung werden bei Patienten hohe Erwartungen geweckt. Viele betrachten Schematherapie als „letzte Hoffnung“ und haben insbesondere unrealistische Vorstellungen bez. der begrenzten elterlichen Fürsorge, von der sie eine Art „Wiedergutmachung“ früher erlittener Entbehnungen erwarten. Zudem besteht gegenwärtig noch ein begrenztes Angebot an qualifiziert fortgebildeten Schematherapeuten. Aber nicht wenige Therapeuten „werben“ mit Schematherapie auf ihrer Webseite. Hier besteht die Gefahr, dass „nicht Schematherapie drin ist, wo Schematherapie draufsteht“. Um diesen Enttäuschungen entgegenzuwirken, gibt es im Sinne der Qualitätssicherung entsprechende Fortbildungsrichtlinien und eine Zertifizierungsprozedur.

### Wo ist Schematherapie indiziert?

Die Schematherapie ist das bisher einzige Konzept in der Verhaltenstherapie, dass für *fast alle* Persönlichkeitsstörungen eingesetzt werden kann. Darüber hinaus gibt es erste Modelle und klinische Evidenzen für eine Anwendbarkeit bei therapieresistenten Achse-I-Störungen (z. B. Zwangsstörungen [56], Essstörungen [52]) oder chronischen Depressionen. Der isolierte Einsatz erlebnisaktivierender Techniken in einer Verhaltenstherapie ermöglicht die Überwindung sog. „stuck states“. Die Arbeit an den dysfunktionalen Schemata und Modi dient hier dazu, die Wirkung bzw. Funktion maladaptiver Bewältigungsreaktionen besser zu verstehen und dadurch eine bessere Compliance für die Therapie – insbesondere für Expositionsbehandlungen und Verhaltensübungen – zu erzielen [20]. Fluktuiert die Achse-I-Symptomatik, lässt sich ein verstärktes Auftreten von Symptomen oft im Rahmen einer Modusanalyse besser verstehen. Panikattacken können als unmittelbarer Ausdruck der Aktivierung eines verletzlichen Kindmodus verstanden werden. Überkompensierendes Kontrollverhalten gegenüber anderen kann eine überschie-

ßende Kompensation des Schemas Verletzbarkeit oder Unzulänglichkeit/Scham darstellen. Essanfälle oder Alkoholmissbrauch können als Emotionsregulationsstrategie dem Modus des distanzierten Selbstberuhigers zugeordnet werden.

Inzwischen gibt es auch Adaptationen für den Einsatz bei Kindern und Jugendlichen [34] und bei Paaren [43]. *Nicht* indiziert ist unseres Erachtens eine Schematherapie dann, wenn bereits durch den Einsatz von VT-Basisstrategien eine ausreichende Besserung erzielt werden kann. Dennoch können schematherapeutische Erklärungsansätze auch hier im Sinne einer biographisch-systemischen Ausrichtung der VT [62] helfen, das Bedürfnis der Patienten nach Ursachenklärung und biographischer Einordnung des Störungsgeschehens zu befriedigen. Wir betrachten Schematherapie als eine Erweiterung der VT im Sinne einer kompakten, vertikalen Verhaltensanalyse. So verstanden können schematherapeutische Überlegungen neben der horizontalen Verhaltensanalyse und der deskriptiven Darstellung von Verhaltensdefiziten und Verhaltenszessen helfen, für jeden Patienten ein individualisiertes Störungsmodell [13] zu erstellen, aus dem dann eine ausbalanciert symptom- und persönlichkeitsstrukturbezogene Therapie abgeleitet werden kann. So eingebettet kann eine schematherapeutische Komponente Teil einer Richtlinienpsychotherapie sein [28].

### Fazit

**Schematherapie versteht sich als neue Entwicklung innerhalb des Therapieverfahrens Verhaltenstherapie. Schematherapeutische Grundidee ist die konsequente Orientierung des Genese-, Diagnostik- und Therapiemodells an den menschlichen Grundbedürfnissen und an den durch einschneidende Bedürfnisfrustrationen ausgelösten maladaptiven Lernprozessen. Auf Basis dieses Verständnisses werden dann im Rahmen der therapeutischen Beziehungsgestaltung durch begrenzte elterliche Fürsorge kognitive, verhaltensübende und vor allem erlebnisaktivierende Techniken systematisch zielführend eingesetzt. Durch die große Bandbreite der therapeutischen Techniken und die aktive therapeutische**

**Haltung ist die Schematherapie bei Patienten wie Therapeuten sehr beliebt. Geringe Abbruchraten der Therapien und erste sehr positive empirische Befunde zur Wirksamkeit und Kosteneffektivität der Schematherapie lassen diese als vielversprechend und deutliche Erweiterung bisheriger therapeutischer Handlungsmöglichkeiten erscheinen.**

### Korrespondenzadresse

**Dr. E. Roediger**

Institut für Schematherapie-Frankfurt  
Frauenlobstr. 64, 60487 Frankfurt  
kontakt@eroediger.de

### Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** E. Roediger ist Sekretär der internationalen Schematherapiegesellschaft (ISST) und Leiter des Instituts für Schematherapie-Frankfurt. G. Zarbock gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

### Literatur

1. Alexander E, French T (1946) Psychoanalytic therapy: principles and application. Ronald press, New York
2. Arntz A, Weertman A (1999) Treatment of childhood memories: theory and practice. *Behav Res Ther* 37:715–740
3. Arntz A, Genderen H van (2009) Schematherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Beltz, Weinheim
4. Ball SA, Cobb-Richardson P, Connolly AJ et al (2005) Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial. *Compr Psychiatry* 46:317–379
5. Ball SA, MacCarelli LM, Lapaglia DM, Ostrowski MJ (2011) Randomized trial of dual-focused vs. single-focused individual therapy for personality disorders and substance dependence. *J Nerv Ment Dis* 199:319–328
6. Bamelis L, Bloo J, Bernstein D, Arntz A (2012) Effectiveness studies. In: Vreeswijk M van, Broersen J, Nardort M (Hrsg) *The Wiley-Blackwell Handbook of schema therapy*. Wiley-Blackwell, West Sussex, S 495–510
7. Bamelis L, Evers S, Spinhoven P, Arntz A (2013) Results of a multicenter randomized controlled trial of the effectiveness of schema therapy for personality disorders. *Am J Psychiatry* (im Druck)
8. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G (1979) *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press, New York
9. Beck AT, Freeman A, Davis D (2004) *Cognitive therapy of personality disorders*. Guilford Press, New York

10. Berbalk H, Kempkensteffen J (2000) Die Bedeutung des „Momentanen personalen Gesamtzustandes“ für die Arbeit in der Depressionstherapie. *Psychotherapeuten Forum: Praxis und Wissenschaft*, 3
11. Berne E (2006) Die Transaktionsanalyse in der Psychotherapie, 2. Aufl. Junfermann, Paderborn
12. Caspar F (2007) Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse. Huber, Bern
13. Dahm A, Rüger U, Kallinke D (2012) Faber Haarstrick. Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. 9. Aufl. Elsevier, München
14. Ekman P (1993) Facial expression and emotion. *Am Psychol* 48:384–392
15. Farrell JM, Shaw IA, Webber MA (2009) A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 40:317–328
16. Ferenczi S (1988) Ohne Sympathie keine Heilung: Das klinische Tagebuch von 1932. S. Fischer, Frankfurt
17. Fiedler P (1995) Persönlichkeitsstörungen. Beltz, Weinheim
18. Foa EB, Kozak MJ (1986) Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychol Bull* 99:20–35
19. Fonagy P, Jurist EL, Gergely G, Target M (2008) Affectregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst, 3. Aufl. Klett-Cotta, Stuttgart
20. Gall-Peters A, Zarbock G (2012) Praxisleitfaden Verhaltenstherapie. Störungsspezifische Strategien, Therapieindividualisierung, Patienteninformationen. Pabst, Lengerich
21. Giesen-Bloo J, Dyck R van, Spinhoven P et al (2006) Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: a randomized trial for schema focused therapy versus transference focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 63:649–658
22. Grawe K (2004) Neuropsychotherapie. Hogrefe, Göttingen
23. Sulz SKD, Hauke G (2009) Strategisch Behaviorale Therapie (SBT). CIP-Medien, München
24. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG (1999) Acceptance and Commitment Therapy: an experiential approach to behaviour change. Guilford Press, New York
25. Horowitz MJ (1979) States of mind: analysis of change in psychiatry. Plenum, New York
26. Jacob G, Genderen H van, Seebauer L (2011) Andere Wege gehen. Lebensmuster verstehen und verändern – ein schematherapeutisches Selbsthilfebuch. Beltz, Weinheim
27. Jacob G, Arntz A (2011) Schematherapie in der Praxis. Beltz, Weinheim
28. Köhler H, Grünwald L (2010) Begutachtung von Verhaltenstherapieanträgen, die schematherapeutische Überlegungen berücksichtigen. In: Roediger E, Jacob G (Hrsg) Fortschritte der Schematherapie. Hogrefe, Göttingen, S 104–112
29. Lambert MJ (Hrsg) (2003) Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behaviour change, 5. Aufl. Wiley, New York
30. Leahy RL (2001) Overcoming resistance in Cognitive therapy. Guilford Press, New York
31. Linden M (2007) Ist die Bezeichnung „Verhaltenstherapie“ noch zeitgemäß? *Verhaltenstherapie* 17:149–150
32. Linehan MM (1996) Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. CIP-Medien, München
33. Lobbestael J, Vreeswijk M van, Arntz A (2008) An empirical test of schema mode conceptualisations in personality disorders. *Behav Res Ther* 46:854–860
34. Loose C, Graf P, Zarbock G (Hrsg) (2013) Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen. Beltz, Weinheim
35. McCullough J (2000) Treatment for chronic depression. Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy. Guilford Press, New York
36. Messer SB (2001) Introduction to the special issue of assimilative integration. *J Psychother Integr* 11:1–4
37. Miller WR, Rollnick S (1999) Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Lambertus, Freiburg
38. Nadort M, Arntz A, Smit JH et al (2009) Implementation of schema therapy for borderline personality disorders with versus without crisis support by the therapist outside office hours: a randomized trial. *Behav Res Ther* 47:961–973
39. Neumann A, Roediger E, Laireiter A-R, Kus C (2013) Schematherapeutische Supervision in verhaltenstherapeutischer Aus- und Fortbildung- ein integratives Supervisionskonzept. Hogrefe, Göttingen
40. Reiss N, Dominak P, Harris D et al (2011) Reliability and validity of the german version of the schema mode inventory. *Eur J Psychol Assess*. doi:10.1027/1015-5759/a000110
41. Rijkeboer MM, Lobbestael J (2012) The Schema Coping Inventory: cross-validation of its factor structure and associations to personality disorders. (manuscript in preparation)
42. Roediger E (2010) Raus aus den Lebensfallen. Das Schematherapie-Patientenbuch. Junfermann, Paderborn
43. Roediger E (2010) Schematherapie mit Paaren. In: Roediger E, Jacob G (Hrsg) Fortschritte der Schematherapie. Hogrefe, Göttingen, S 259–275
44. Roediger E (2011) Praxis der Schematherapie. Lehrbuch zu Grundlagen, Modell und Anwendung. Schattauer, Stuttgart
45. Roediger E, Brehm M (2013) Psychotherapie ist... das Beste aus verschiedenen Welten. Schematherapie als Beispiel einer assimilativen Integration. *Verhaltensther Verhaltensmed* 34:322–339
46. Rogers CR (1957) The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *J Consult Psychol* 21:95–103
47. Sachse R (2008) Klärungsorientierte Schemabearbeitung. Dysfunktionale Schemata effektiv verändern. Hogrefe, Göttingen
48. Schwartz RC (2000) Systemische Therapie mit der inneren Familie. Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart
49. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD (2002) Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression: a new approach to preventing relapses. Guilford Press, New York
50. Shapiro F (1989) Eye movement desensitization: a new treatment for post-traumatic stress disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 20:211–217
51. Siegel DJ (2006) Wie wir werden die wir sind. Junfermann, Paderborn
52. Simpson S (2012) Schema therapy for eating disorders – a case study illustration of the mode approach. In: Vreeswijk M van, Broersen J, Nadort M (Hrsg) The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: theory research and practice. Wiley, Oxford, S 145–171
53. Smith-Benjamin L (1996) Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders. Guilford, New York
54. Smucker M, Reschke K, Kögel B (2008) Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy. Behandlungsmニュアル für Typ-I-Trauma. Shaker, Aachen
55. Sulz SKD, Hauke G (2009) Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT). CIP-Medien, München
56. Voderholzer U, Schwartz C, Thiel N et al (2013) A comparison of schemas, schema modes and childhood traumas in obsessive-compulsive disorder, chronic pain disorder and eating disorders. *Psychopathology*. doi:10.1159/000348484
57. Watkins JG, Watkins HH (2003) Ego-States. Theorie und Therapie. Carl-Auer-Systeme, Heidelberg
58. Wells A (2008) Metacognitive therapy for anxiety and depression. Guilford, New York
59. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME (2005) Schematherapie – ein praxisorientiertes Handbuch. Junfermann, Paderborn
60. Young JE, Klosko JS (2006) Sein Leben neu erfinden. Junfermann, Paderborn
61. Zarbock G (1994) Emotional-imaginative Umstrukturierung traumatischer Episoden. *Verhaltenstherapie* 4:122–129
62. Zarbock G (2011) Praxisbuch Verhaltenstherapie. Grundlagen und Anwendungen biografisch-systemischer Verhaltenstherapie. Pabst, Lengerich
63. Zarbock G, Ammann A, Ringer S (2012) Achtsamkeit für Psychotherapeuten und Berater. Beltz, Weinheim
64. Zarbock G, Loose C, Graf P (2013) Grundlagen der Anwendung von Schematherapie bei Kindern und Jugendlichen. In: Loose C, Graaf P, Zarbock G (Hrsg) Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen. Beltz, Weinheim, S 19–66
65. Zarbock G, Zens C (2010) Bedürfnis und Emotionsdynamik – Handlungsleitende Konzepte für die Schematherapie. In: Roediger E, Jacob G (Hrsg) Fortschritte der Schematherapie. Hogrefe, Göttingen, S 45–65