

*G. A. Jacob, D. Bernstein, K. Lieb, A. Arntz*

# Schematherapie mit dem Moduskonzept bei Persönlichkeitsstörungen



Unter dieser Rubrik sind bisher erschienen:

**Sexuelle Deviationen – A. Hill, P. Briken, W. Berner**

Psychiatr Psychother up2date 2007; 3: 33–48

**Impulskontrollstörungen – D. Ebert**

Psychiatr Psychother up2date 2007; 1: 321–336

**Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen –**

**R.-D. Stieglitz, A. Ermer**

Psychiatr Psychother up2date 2007; 1: 413–432

**Borderline-Persönlichkeitsstörungen –**

**G. Jacob, K. Lieb**

Psychiatr Psychother up2date 2007; 1: 61–74



Thieme

# Schematherapie mit dem Moduskonzept bei Persönlichkeitsstörungen

Gitta A. Jacob, David Bernstein, Klaus Lieb, Arnoud Arntz

## Übersicht

Schematherapie nach Jeffrey Young	105	Modusbezogene Interventionen	112
Modusansatz bei Persönlichkeitsstörungen	107	Auswahl der jeweiligen Intervention	116
Modusorientierte Fallkonzeption	110	Modi und Therapiebeziehung	117

## Schematherapie nach Jeffrey Young

Die Schematherapie oder schemafokussierte Therapie (ST), die in den letzten Jahren auch wegen positiver Studienergebnisse bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) mit großem Interesse aufgenommen wird, stellt eine aktuelle Weiterentwicklung der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) dar, die speziell für Patienten entwickelt wurde, die auf „klassische“ KVT nicht positiv respondieren. Dies sind typischerweise Patienten mit schwierigen interpersonellen Mustern, diagnostisch liegt häufig eine Persönlichkeitsstörung (PS) vor. ST kann der „3. Welle“ der Verhaltenstherapie (VT) zugeordnet werden, die durch eine zunehmende systematische Berücksichtigung emotionaler und biografischer Aspekte in der Therapie und damit auch eine Integration verschiedener therapeutischer Schulen (neben KVT insbesondere humanistische Therapie, Gestalttherapie, Psychodynamik) gekennzeichnet ist.

Die Schematherapie wurde speziell für Patienten entwickelt, die auf die „klassische“ KVT nicht ansprechen.

**Schemata.** Schemata sind in der ST definiert als alles beeinflussende Lebensthemen, bestehend aus Kognitionen, Emotionen, Erinnerungen und Wahrnehmungen. Die Ursachen von Schemata liegen typischerweise

in schwierigen oder traumatischen Kindheitserlebnissen, in denen zentrale kindliche Bedürfnisse nicht erfüllt wurden, häufig in Verbindung mit einer Konstitution, die die Entstehung und Aufrechterhaltung problematischer Muster fördert. Wenn ein bestehendes Schema aktualisiert wird, treten in der Regel intensive Gefühle auf (z. B. Angst, Traurigkeit). Schemata werden erfasst anhand von Fragebögen, Interviews zur Lebensgeschichte sowie aktuellen Problemen. Einen Überblick über die von Young definierten Schemata, einschließlich der ihnen zugeordneten (frustrierten) kindlichen Bedürfnisse, gibt Tab. 1.

Schemata sind definiert als alles beeinflussende Lebensthemen, bestehend aus Kognitionen, Emotionen, Erinnerungen und Wahrnehmungen, die typischerweise auf schwierigen oder traumatischen Kindheitserlebnissen basieren.

**Ziele und Interventionen.** Das übergeordnete Ziel der Therapie besteht darin, beim Patienten Verständnis dafür zu wecken, welche Bedürfnisse in seiner Kindheit nicht erfüllt wurden, welche pathologischen Schemata sich daraus entwickelt haben, in welcher Weise ihn diese aktuell behindern und Leid verursachen, und ihn letztlich darin zu unterstützen, seine heutigen Bedürfnisse in seiner aktuellen Lebenssituation besser wahrzunehmen und zu erfüllen.

Tabelle 1

Übersicht über maladaptive Schemata, geordnet nach Schemadomänen, sowie damit assoziierte unerfüllte kindliche Bedürfnisse.

Schemadomänen	Assoziierte Bedürfnisse	Schemata
Abgetrenntheit und Ablehnung	sichere Bindung, Akzeptanz, Versorgung, Schutz	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verlassenheit / Instabilität</li> <li>▪ Misstrauen / Missbrauch</li> <li>▪ emotionale Entbehrung</li> <li>▪ Unzulänglichkeit / Scham</li> <li>▪ soziale Isolierung / Entfremdung</li> </ul>
Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung	Autonomie, Kompetenz, Identitätsgefühl	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abhängigkeit / Inkompetenz</li> <li>▪ Anfälligkeit für Schädigungen und Krankheiten</li> <li>▪ Verstrickung / unentwickeltes Selbst</li> <li>▪ Versagen</li> </ul>
Beeinträchtigung im Umgang mit Begrenzungen	realistische Grenzen und Selbstkontrolle	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anspruchshaltung / Grandiosität</li> <li>▪ unzureichende Selbstkontrolle / Selbstdisziplin</li> </ul>
Fremdbezogenheit	Freiheit im Ausdruck von Bedürfnissen und Emotionen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unterwerfung</li> <li>▪ Selbstaufopferung</li> <li>▪ Streben nach Zustimmung und Anerkennung</li> </ul>
übertriebene Wachsamkeit und Gehemmtheit	Spontanität und Spiel	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Negativität / Pessimismus</li> <li>▪ emotionale Gehemmtheit</li> <li>▪ überhöhte Standards / übertrieben kritische Haltung</li> <li>▪ Bestrafen</li> </ul>

Dazu werden einerseits die „klassischen“ Interventionen der kognitiv-behavioralen Therapie eingesetzt, wie Psychoedukation, kognitive Umstrukturierung oder das Erstellen von Pro-und-Kontra-Listen sowie Rollenspiele, Hausaufgaben oder Selbstsicherheits-training. Daneben spielen jedoch emotions- und erfahrungsorientierte Interventionen eine wesentliche Rolle, wie sie etwa im Psychodrama oder der Gestalttherapie entwickelt wurden, insbesondere imaginative Verfahren einschließlich Imagery Reprocessing and Rescripting und sog. „Stuhlarbeit“, bei der innere Konflikte des Patienten bearbeitet werden, indem die verschiedenen inneren „Anteile“ des Patienten auf verschiedenen Stühlen miteinander diskutieren, um dysfunktionale Anteile oder Schemata zu schwächen und funktionale, gesunde Anteile zu stärken.

**Nachbeeltern.** Darüber hinaus wird die Therapiebeziehung intensiv genutzt, um dem Patienten korrigierende Beziehungserfahrungen im Vergleich zu seinen kindlichen Beziehungserfahrungen zu ermöglichen. Dies wird beschrieben mit dem Konzept des „begrenzten Nachbeelterns“ (limited reparenting) innerhalb der Therapiebeziehung, das einerseits eine hohe Fürsorge des Therapeuten für vulnerable Seiten des Patienten beinhaltet, jedoch andererseits auch bedeutet,

### Interventionen

In der Schematherapie werden 4 Klassen von Interventionen miteinander verbunden:

- emotions- und erfahrungsorientierte Methoden (z. B. Imaginationsübungen)
- kognitive Interventionen (z. B. Erstellen von Pro-und-Kontra-Listen)
- verhaltenstherapeutische Methoden (z. B. Rollenspiele oder Hausaufgaben)
- gezielte Gestaltung der Therapiebeziehung mit „begrenztem Nachbeeltern“ (Ausbalancieren von Fürsorge und Grenzen)

dass der Therapeut dysfunktionalen, schädlichen oder aggressiven Verhaltensweisen des Patienten klare Grenzen setzt. Dem begrenzten Nachbeeltern wird hohe Bedeutung eingeräumt, da sich die Schemata und Coping-Reaktionen des Patienten typischerweise auch stark innerhalb der Therapie zeigen und hier direkt bearbeitet werden können.

Im Rahmen der Schematherapie wird neben einer Reihe von Interventionen auch die Therapiebeziehung intensiv genutzt, um durch begrenztes Nach-

beeltern dem Patienten korrigierende Beziehungserfahrungen zu ermöglichen.

**Coping-Stile.** Schema-Coping oder -bewältigung bezeichnet die Art und Weise, wie Menschen mit ihren Schemata umgehen. Die wesentlichen Coping-Stile sind Erdulden (z. B. sich dem Schema Missbrauch fügen, indem immer wieder Beziehungen eingegangen werden, in denen der Patient missbraucht wird), Vermeiden (z. B. jede Art von enger Beziehung vermeiden, um keinen Missbrauch zu erleben) und Überkompensation (z. B. andere missbrauchen). Jeder Coping-Stil zeigt typische klinische Erscheinungsformen (Tab. 2).

**Tabelle 2**

**Typische Erscheinungsformen von Coping-Stilen.**

Coping-Stil	Typische Erscheinungsformen
Erdulden	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ausgeprägte Compliance, sich viel gefallen lassen</li> <li>▪ dependente Verhaltensmuster</li> </ul>
Vermeidung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Substanzgebrauch</li> <li>▪ Detachment, Rückzug</li> <li>▪ soziale Isolation und Vermeidung</li> <li>▪ Stimulierung, Workaholismus</li> </ul>
Überkompensation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aggression, Feindseligkeit</li> <li>▪ übertriebenes Selbstvertrauen</li> <li>▪ Manipulation, andere ausnutzen</li> <li>▪ Dominanz</li> <li>▪ Suche nach Aufmerksamkeit</li> </ul>

Zum Verständnis und zur Veränderung von Schemata ist es von zentraler Bedeutung, das jeweilige „Schema-Coping“ des Patienten einzubeziehen.

So könnte z. B. eine Patientin, die als Kind viel geschlagen wurde (Schema Misstrauen/Missbrauch) und gelernt hat, sich durch Unterordnung anzupassen und Schläge zu vermeiden (Schema Unterwerfung), sich in ihre Schemata fügen, indem sie „brav“ alles tut, wovon sie glaubt, dass es von ihr erwartet wird. Daneben könnte sie in manchen Situationen mit Überkompensation in Form aggressiver Verhaltensweisen reagieren, wenn sie sich trotz realer Unbedenklichkeit der Situation aufgrund ihrer Schemata bedroht fühlt.

## Moduskonzept bei Persönlichkeitsstörungen

Bei Patienten mit schweren Problemen, insbesondere bei persönlichkeitsgestörten Patienten, können die jeweils gezeigten Coping-Reaktionen sehr intensiv sein und in einer gegebenen Situation die Interaktion des Betroffenen so dominieren, dass eine distanzierte Reflexion der damit zusammenhängenden Schemata praktisch unmöglich ist. Dies ist etwa der Fall bei selbstunsicheren Patienten mit sehr ausgeprägter Vermeidung auch in therapeutischen Gesprächen oder bei narzisstischen Patienten, wenn sie etwa im Rahmen ihrer Überkompensation den Therapeuten permanent abwerten. Dabei steht bei manchen Patienten nahezu ständig dieselbe Coping-Reaktion im Vordergrund (z. B. bei stark vermeidenden selbstunsicheren Patienten), während andere Patienten eher durch einen raschen Wechsel ihrer Coping-Stile auffallen (z. B. BPS-Patienten, die typischerweise rasch zwischen verschiedenen Affektzuständen und Verhaltenstendenzen wechseln). Dieses Phänomen hat zur Entwicklung des sog. Modusmodells geführt.

Während bei manchen Patienten nahezu ständig derselbe Coping-Stil vorherrscht, zeigt sich bei anderen ein sehr rascher Wechsel der Coping-Reaktionen.

## Schemamodi

Schemamodi sind definiert als diejenigen (funktionalen oder dysfunktionalen) Schemaoperationen, die in einer Person zum aktuellen Zeitpunkt vorherrschen. Insofern sind Modi Affektzustände oder „Selbstanteile“, die vorübergehend Gedanken, Gefühle und Verhalten dominieren. Während Schemata also eher eindimensionale Eigenschaften (traits) sind, entsprechen Modi Zuständen (states), denen gleichzeitig verschiedene Schemata zugrunde liegen können. Zum Beispiel kann der Modus des „einsamen Kindes“ sowohl vom Schema der emotionalen Deprivation als auch von Unzulänglichkeit/Scham (oder einer Kombination aus beidem) verursacht werden. Mit diesem Konzept werden traditionsreiche Überlegungen zu Selbstanteilen, wie sie etwa in der Transaktionsanalyse zu finden sind, aufgegriffen und mit einem kognitiv-behavioralen Vorgehen verbunden. Das Konzept der Coping-Stile oder Coping-Modi insbesondere weist hohe Ähnlichkeiten auf mit dem psychodynamischen Konzept der Abwehrmechanismen.

Schemamodi sind definiert als funktionale oder dysfunktionale Schemaoperationen, die in einer Person zu einem bestimmten Zeitpunkt vorherrschen.

### Fallbeispiel 1

#### BPS mit rasch wechselnden Modi

Lara M., eine 38-jährige BPS-Patientin, kommt mit verschlossenem Gesichtsausdruck in die Therapie-stunde (Modus des distanzierten Beschützers). Die Therapeutin fragt nach ihrem Befinden und dem Verlauf des Arbeitsversuchs. Daraufhin reagiert die Patientin mit der aggressiven Bemerkung, dass außer der Arbeit wohl nichts wichtig sei (Modus des wütenden Kindes). Die Therapeutin fragt überrascht nach, wie sie das verstehen solle, woraufhin die Patientin beginnt, sich selbst als Versagerin zu bezeichnen und berichtet, dass sie sich am Vortag geschnitten habe, weil sie eine so unerträgliche Niete sei (Modus des strafenden Elternteils). Die Therapeutin widerspricht dem und validiert die Probleme der Patientin, woraufhin diese in Tränen ausbricht (Modus des verlassenen oder vulnerablen Kindes).

### Fallbeispiel 2

#### Selbstunsichere PS mit einem vorherrschenden Modus

Katja R., einer 47-jährigen dysthymen Tagesklinikpatientin mit selbstunsicherer PS, fällt es sehr schwer, über persönliche Themen zu sprechen, Gefühle zu benennen und zu reflektieren oder mit Mitpatienten Kontakt aufzunehmen. Auf Station ist sie unauffällig und still, in den Therapiegesprächen weiß sie nicht, worüber sie sprechen möchte, der Ergotherapeut berichtet, dass sie bei Schwierigkeiten nie um Hilfe bäte, sondern sich eher leichtere Aufgaben zu suchen scheine (Modus des distanzierenden / vermeidenden Beschützers).

Das Moduskonzept ist der schematherapeutische Ansatz der Wahl bei schweren Persönlichkeitsstörungen und bildet einen wichtigen Ausgangspunkt zur Überwindung von Vermeidung und Überkompensation, dadurch, dass die Interventionen dem jeweils aktuellen Zustand des Patienten angepasst werden und so auch Blockaden in der Behandlung überwunden werden können.

Young und Mitarbeiter haben ursprünglich 10 Modi definiert und für BPS sowie narzisstische PS störungs-

spezifische Modusmodelle erarbeitet. Von den Arbeitsgruppen von A. Arntz und D. Bernstein wurde dieses Modell mittlerweile stark ausgeweitet und um weitere Modi und störungsspezifische Moduskonzepte sowohl für weitere Persönlichkeitsstörungen als auch für forensische Patienten ergänzt. Erste empirische Studien belegen die Validität des Moduskonzeptes bei persönlichkeitsgestörten Patienten sowie bei forensischen Patienten, zu denen insbesondere die Gruppe von D. Bernstein intensive Therapie- und Grundlagenforschung durchführt.

Das Moduskonzept ist der schematherapeutische Ansatz der Wahl bei schweren Persönlichkeitsstörungen. Die Interventionen werden dem jeweils aktuellen Zustand des Patienten angepasst, sodass auch Blockaden überwunden werden können.

An dieser Stelle sollen 16 wichtige Modi vorgestellt werden, die die zentralen Inhalte des Moduskonzeptes abbilden und die mittlerweile anhand des Schema Modus Inventars SMI im Selbstbericht erhoben werden können (Tab. 3).

**Kernkategorien.** Grundsätzlich werden Modi in 4 Kernkategorien unterteilt. In *kindlichen Modi* drücken sich starke Emotionen aus, die bei maladaptiven Kindmodi mit der Nichterfüllung von Bedürfnissen assoziiert sind (Traurigkeit, Angst, Verletzbarkeit, Ärger). Im Modus des „glücklichen Kindes“ hingegen erlebt eine Person spielerische Fröhlichkeit, wie sie mit der Erfüllung von kindlichen Bedürfnissen assoziiert ist. Therapeutische Schwerpunkte liegen darin, Patienten in verletzlichen Kindmodi mit emotionaler Zuwendung zu stärken (z. B. in Imaginationenübungen) und ärgerliche oder impulsive Kindmodi einerseits zu validieren, andererseits auch zu begrenzen. In *dysfunktionalen Bewältigungsmodi* sind die Bewältigungsstile der Überkompensation, Vermeidung und des Erduldens aktiviert. In der Therapie wird der Patient empathisch mit diesen Modi konfrontiert, und ihre Vor- und Nachteile werden erörtert mit dem Ziel, sie zu reduzieren und durch gesündere Verhaltensmuster zu ersetzen. *Dysfunktionale Elternmodi* repräsentierten internalisierte strafende oder übermäßig fordernde Reaktionen der Eltern (oder anderer wichtiger Bezugspersonen) auf den Patienten in seiner Kindheit. Das Ziel der Therapie ist es, ihren Einfluss zu reduzieren und durch gesündere Normen und Ideale zu ersetzen. Der *Modus des gesunden Erwachsenen* repräsentiert funktionales Erleben und Handeln.

**Tabelle 3**

Schemamodi nach Lobbstael et al. 2007.

<b>Kindliche Modi</b>	
Verletzbarkeit	<p><i>Einsames Kind</i> fühlt sich wie ein einsames Kind, das nur dann Aufmerksamkeit bekommt, wenn es seinen Eltern alles recht macht. Weil die wichtigsten emotionalen Bedürfnisse des Kindes unerfüllt bleiben, fühlt sich der Patient leer, einsam, ungeliebt, nicht wertgeschätzt und nicht liebenswürdig.</p>
	<p><i>Verlassenes oder missbrauchtes Kind</i> erlebt die schweren emotionalen Schmerzen und Verlassenheitsängste von Missbrauch oder Vernachlässigung. Fühlt sich traurig, verängstigt, extrem verletzlich, hilf- und hoffnungslos, bedürftig, wertlos und verloren. Patienten in diesem Zustand erscheinen fragil und kindlich, sie fühlen sich hoffnungslos verzweifelt und alleine und suchen nach einer fürsorglichen Elternfigur.</p>
Ärger	<p><i>Ärgerliches Kind</i> ist ärgerlich, wütend, frustriert oder ungeduldig, weil emotionale (oder körperliche) Kernbedürfnisse nicht erfüllt werden. Der Ärger wird unangemessen ausgedrückt, z. B. durch unmäßige oder verwöhnte Forderungen, von denen sich andere vor den Kopf gestoßen fühlen.</p>
	<p><i>Wütendes Kind</i> zeigt intensive unkontrollierte Gefühle von Ärger und Wut, in denen der Patient andere Menschen verletzt oder Dinge beschädigt. Der Affekt ist der eines außer Rand und Band geratenen Kindes, das schreit und sich impulsiv gegen einen (vermeintlichen) Gegner wehrt.</p>
Mangel an Disziplin	<p><i>Impulsives Kind</i> handelt impulsiv, um situativ eigene Bedürfnisse zu befriedigen, ohne Rücksicht auf andere Personen oder mögliche negative Konsequenzen. Wirkt oft verwöhnt und hat Schwierigkeiten, auf kurzfristige Verstärkung zugunsten längerfristige Ziele zu verzichten.</p>
	<p><i>Undiszipliniertes Kind</i> kann sich nicht dazu bringen, Routine- oder langweilige Aufgaben zu erledigen; ist schnell frustriert, gibt leicht auf.</p>
Glück	<p><i>Glückliches Kind</i> ist zufrieden, weil emotionale Kernbedürfnisse erfüllt sind. Fühlt sich geliebt, mit anderen verbunden, sicher, wertvoll, verstanden, zuversichtlich, kompetent, widerstandsfähig, anpassungsfähig, optimistisch und spontan.</p>
<b>Dysfunktionale Elternmodi</b>	
Strafe	<p><i>Strafendes Elternteil</i> internalisierte Elternstimme, die den Patienten kritisiert und bestraft. Patienten in diesem Modus sind auf sich selbst ärgerlich und finden, dass sie dafür bestraft werden müssen, dass sie normale Bedürfnisse haben oder zum Ausdruck bringen. Der Tonfall dieses Modus ist hart, kritisch und unversöhnlich. Hinweise für diesen Modus sind Selbstverachtung, Selbstkritik, Selbstverletzungen, suizidale Fantasien und andere selbstschädigende Verhaltensweisen.</p>
Fordern	<p><i>Forderndes Elternteil</i> vertritt extrem hohe Standards und vermittelt das Gefühl, dass es wichtig ist, perfekt zu sein, alles richtig zu machen, immer effektiv zu sein, einen hohen Status anzustreben, bescheiden zu bleiben, und die Bedürfnisse anderer vor die eigenen zu stellen. Spontanität und der Ausdruck eigener Gefühle erscheinen unzulässig.</p>

Tabelle 3

## Fortsetzung

## Maladaptive Bewältigungsmodi

Erdulden	<i>Kapitulation oder bereitwilliges Erdulden (Compliant Surrender)</i> handelt passiv und unterwürfig auch gegen eigene Interessen und sucht Rückversicherung aus Angst vor Konflikten oder Zurückweisung. Lässt passiv zu, dass andere schlecht mit ihm umgehen bzw. unternimmt nichts, um eigene gesunde Bedürfnisse zu erfüllen. Erhält selbstzerstörerische Schemamuster durch das eigene Handeln und die Menschen, mit denen Umgang gesucht wird.
Vermeidung	<i>Distanzierter Beschützer (Detached Protector)</i> zieht sich durch emotionale Distanzierung vom durch Schemata verursachten Leid zurück. Emotionen scheinen abgestellt, zu anderen Menschen wird kein Kontakt hergestellt, Unterstützung wird zurückgewiesen, das Handeln wirkt u.U. roboterhaft. Hinweise darauf sind z. B. Depersonalisation, Leere, Langleweiligkeit, Substanzmissbrauch, Essanfälle, Selbstverletzungen oder psychosomatische Beschwerden.
	<i>Distanzierende Selbstberuhigung oder -stimulation (Detached Self-Soother)</i> schaltet Gefühle aus, indem er sich mit Dingen beschäftigt, die besänftigend oder stimulierend wirken. Das beinhaltet vor allem suchtartige oder zwanghafte Verhaltensweisen wie Workaholismus, Glücksspiel, Risikosportarten, Promiskuität oder Substanzgebrauch. Beispiele für eher besänftigende und beruhigende Aktivitäten in diesem Modus sind Computerspiele, übermäßiges Essen, Fernsehen oder Tagträumen.
Überkompensation	<i>Narzisstische Selbstüberhöhung (Self-Aggrandizer)</i> verhält sich, als habe er besondere Rechte; tritt kompetitiv, grandios oder missbrauchend auf, um seine Wünsche zu erfüllen; ausgeprägter Egozentrismus mit wenig Empathie für andere. In diesem Modus wird geprahlt und angegeben, um Bewunderung zu ernten und sich selbst aufzublähen.
	<i>Übermäßige Kontrolle (Overcontroller)</i> versucht, sich vor wahrgenommenen oder realen Bedrohungen zu schützen durch erhöhte Aufmerksamkeit, Grübeln und extreme Kontrolle. Es lassen sich 2 Subtypen unterscheiden: Bei <i>perfektionistischer</i> Kontrolle liegt der Fokus auf Perfektionismus, um Kritik oder Unglück zu vermeiden. Bei <i>argwöhnischer</i> Kontrolle steht die Wachsamkeit im Vordergrund; andere Menschen und ihr Verhalten werden dauernd auf Indizien für Böswilligkeit hin geprüft.
	<i>Schikane und Angriff (Bully and Attack)</i> schädigt andere kontrolliert und absichtlich emotional, physisch, sexuell, verbal oder durch antisoziale Handlungen mit sadistischen Zügen. Kann Missbrauch überkompensieren oder zu verhindern suchen.
<b>Modus des gesunden Erwachsenen</b>	
Dieser Modus ist verbunden mit angemessenen erwachsenen Funktionen wie Arbeit, Elternschaft oder der Übernahme von Verantwortung und Verpflichtungen sowie mit angenehmen erwachsenen Aktivitäten wie Sexualität, intellektuellen, ästhetischen und kulturellen Interessen, Gesundheitsfürsorge oder Sport.	

Die Modi werden in die 4 Kernkategorien „kindliche Modi“, „dysfunktionale Bewältigungsmodi“, „dysfunktionale Elternmodi“ und „Modus des gesunden Erwachsenen“ eingeteilt.

## Modusorientierte Fallkonzeption

### Klinisch-diagnostisches Vorgehen

Die verschiedenen Modi eines Patienten werden einerseits direkt im Selbstbericht erfasst mittels Fragebogen sowie in Interviews zu Problemen und zur Lebensgeschichte. Darüber hinaus lassen sich die Modi eines Patienten unmittelbar anhand seiner Interaktion beobachten. Dafür ist die Beobachtung der therapeuti-

Tabelle 3

## Fortsetzung

Maladaptive Bewältigungsmodi	
Erdulden	<i>Kapitulation oder bereitwilliges Erdulden (Compliant Surrender)</i> handelt passiv und unterwürfig auch gegen eigene Interessen und sucht Rückversicherung aus Angst vor Konflikten oder Zurückweisung. Lässt passiv zu, dass andere schlecht mit ihm umgehen bzw. unternimmt nichts, um eigene gesunde Bedürfnisse zu erfüllen. Erhält selbstzerstörerische Schemamuster durch das eigene Handeln und die Menschen, mit denen Umgang gesucht wird.
Vermeidung	<i>Distanzierter Beschützer (Detached Protector)</i> zieht sich durch emotionale Distanzierung vom durch Schemata verursachten Leid zurück. Emotionen scheinen abgestellt, zu anderen Menschen wird kein Kontakt hergestellt, Unterstützung wird zurückgewiesen, das Handeln wirkt u.U. roboterhaft. Hinweise darauf sind z. B. Depersonalisation, Leere, Langeweile, Substanzmissbrauch, Essanfälle, Selbstverletzungen oder psychosomatische Beschwerden.
	<i>Distanzierende Selbstberuhigung oder -stimulation (Detached Self-Soother)</i> schaltet Gefühle aus, indem er sich mit Dingen beschäftigt, die besänftigend oder stimulierend wirken. Das beinhaltet vor allem suchtartige oder zwanghafte Verhaltensweisen wie Workaholismus, Glücksspiel, Risikosportarten, Promiskuität oder Substanzgebrauch. Beispiele für eher besänftigende und beruhigende Aktivitäten in diesem Modus sind Computerspiele, übermäßiges Essen, Fernsehen oder Tagträumen.
Überkompensation	<i>Narzisstische Selbstüberhöhung (Self-Aggrandizer)</i> verhält sich, als habe er besondere Rechte; tritt kompetitiv, grandios oder missbrauchend auf, um seine Wünsche zu erfüllen; ausgeprägter Egozentrismus mit wenig Empathie für andere. In diesem Modus wird geprahlt und angegeben, um Bewunderung zu ernten und sich selbst aufzublähen.
	<i>Übermäßige Kontrolle (Overcontroller)</i> versucht, sich vor wahrgenommenen oder realen Bedrohungen zu schützen durch erhöhte Aufmerksamkeit, Grübeln und extreme Kontrolle. Es lassen sich 2 Subtypen unterscheiden: Bei <i>perfektionistischer</i> Kontrolle liegt der Fokus auf Perfektionismus, um Kritik oder Unglück zu vermeiden. Bei <i>argwöhnischer</i> Kontrolle steht die Wachsamkeit im Vordergrund; andere Menschen und ihr Verhalten werden dauernd auf Indizien für Böswilligkeit hin geprüft.
	<i>Schikane und Angriff (Bully and Attack)</i> schädigt andere kontrolliert und absichtlich emotional, physisch, sexuell, verbal oder durch antisoziale Handlungen mit sadistischen Zügen. Kann Missbrauch überkompensieren oder zu verhindern suchen.
Modus des gesunden Erwachsenen	
Dieser Modus ist verbunden mit angemessenen erwachsenen Funktionen wie Arbeit, Elternschaft oder der Übernahme von Verantwortung und Verpflichtungen sowie mit angenehmen erwachsenen Aktivitäten wie Sexualität, intellektuellen, ästhetischen und kulturellen Interessen, Gesundheitsfürsorge oder Sport.	

Die Modi werden in die 4 Kernkategorien „kindliche Modi“, „dysfunktionale Bewältigungsmodi“, „dysfunktionale Elternmodi“ und „Modus des gesunden Erwachsenen“ eingeteilt.

## Modusorientierte Fallkonzeption

### Klinisch-diagnostisches Vorgehen

Die verschiedenen Modi eines Patienten werden einerseits direkt im Selbstbericht erfasst mittels Fragebogen sowie in Interviews zu Problemen und zur Lebensgeschichte. Darüber hinaus lassen sich die Modi eines Patienten unmittelbar anhand seiner Interaktion beobachten. Dafür ist die Beobachtung der therapeuti-

**Moduskonzepte der Fallbeispiele**



**Fallbeispiel 1**

Frau M. berichtet einerseits Selbstverletzungen, die insbesondere der Selbstbestrafung dienen (Modus des strafenden Elternteils), und schwere emotionale Probleme mit Phasen von intensiven Verlassenheitsängsten und Verzweiflung (vulnerabler Kindmodus). Darüber hinaus bestehen Drogenkonsum und wechselnde sexuelle Affären; beides dient der Stimulation und Ablenkung von negativen Gefühlen und wird deshalb als Modus zur distanzierenden Selbstberuhigung und -stimulation konzeptualisiert. Interaktionell wirkt Frau M. verschlossen, diesen Zustand bezeichnet sie selbst als „hinter einer Mauer stecken“ (Modus des distanzierten Beschützers). Hinter dem distanzierten Beschützermodus erlebt sie häufig intensive Wut auf andere, die sie jedoch fast nie direkt zeigt. In Stresssituationen kommt es jedoch gelegentlich vor, dass sie – aus dem Gefühl heraus, sich verteidigen zu müssen – ihrem Gesprächspartner gegenüber kalt aggressiv wird (Überkompensationsmodus „Schikane und Angriff“). Als Kind erlebte Frau M. durch ihren regelrecht sadistischen Vater extreme physische und sexuelle Gewalt, woraus sich heute noch Selbsthass und Selbstbestrafung speisen (Modus des missbrauchenden Vaters).



**Fallbeispiel 2**

Frau R. berichtet nach ausführlicher empathischer Konfrontation mit ihren vermeidenden Anteilen einerseits mehr über den biografischen Hintergrund ihrer Interaktionsmuster. In der Schule sei sie eine Außenseiterin gewesen, die viel gehänselt wurde, deshalb traue sie sich bis heute nicht, aufzufallen oder anderen zu widersprechen. Entweder ziehe sie sich völlig zurück (distanzierter Beschützermodus mit starker Vermeidung) oder sei eine „Mitläuferin“, die in alles einwillige (Modus des bereitwilligen Erduldens, „brave Katja“). Weiterhin berichtet sie „Frustessen“ zur Selbstberuhigung und Emotionsregulation, das teilweise die Kriterien für Essanfälle erfüllt, insbesondere im Zusammenhang mit beschämenden sozialen Situationen. Dies wird als Modus der distanzierenden Selbstberuhigung konzeptualisiert. Die Hänseleien der Peers werden als „spöttische innere Stimmen“ analog zu einem „strafenden Elternmodus“ konzeptualisiert, ihre Gefühle von Depressivität und Alleinsein dem vulnerablen Kindmodus „traurige, einsame Katja“ zugeordnet.

schen Interaktion durch den Therapeuten sehr bedeutsam, hier findet sich eine Parallele zum Konzept der freischwebenden Aufmerksamkeit in der Psychoanalyse. Vulnerable Kindmodi sind üblicherweise dann präsent, wenn der Patient authentische starke Emotionen äußert wie Verzweiflung, Traurigkeit, Hilflosigkeit oder Einsamkeit. Ärgerlich/impulsive Kindmodi liegen vor, wenn ein Patient sich in kindlich-direkter Art verärgert, wütend, impulsiv oder verwöhnt zeigt. Dysfunktionale Elternmodi spielen meist dann eine Rolle, wenn der Patient unter übermäßig starkem inneren Druck steht, Leistungen zu erbringen, perfekt zu sein oder es jedem recht zu machen (fordernder Elternmodus) bzw. wenn er sich selbst abwertet bis hin zu hasserfüllten Einstellungen gegenüber sich selbst (strafender Elternmodus). Hinweise auf dysfunktionale Bewältigungsmodi beim Patienten lassen sich häufig auch anhand eigener Reaktionen und Gefühle des Therapeuten im Umgang mit dem Patienten finden. So lösen starke Überkompensationsmodi typischerweise beim Gegenüber das Gefühl aus, vom Patienten domi-

nirt, abgewertet, angegriffen oder unter Druck gesetzt zu werden. Bei Patienten im Modus des distanzierten Beschützers fehlt typischerweise der emotionale Kontakt, was nach einer Weile zu Frustration oder Ermüdung beim Therapeuten führen kann. Patienten im Modus des Compliant Surrenders unterwerfen sich den Vorstellungen und Vorschlägen ihres Gegenübers und stimmen beispielsweise jeder Äußerung des Therapeuten zu. Dies kann beim Therapeuten das Gefühl auslösen, den Patienten gar nicht „greifen“ zu können und nicht zu verstehen, was der Patient „eigentlich“ möchte.

**Zeigen sich modustypische Phänomene in der Therapie, so sollte der Therapeut sie ansprechen, als Modi benennen und mit dem Patienten die Funktion des jeweiligen Modus besprechen.**

Dabei ist es klinisch nützlich, zunächst den Modustyp (kindliche vs. Eltern- vs. Coping-Modi) zu identifizieren; die genauere Charakterisierung und Bezeichnung

des Modus kann im Verlauf gemeinsam mit dem Patienten vorgenommen werden.

## Moduskonzept

Das Ergebnis dieses komplexen klinisch-diagnostischen Prozesses ist ein sog. „Moduskonzept“ des Patienten, in dem die verschiedenen Modi im Überblick dargestellt werden. Besonders geeignet ist dafür eine Darstellung, in der diejenigen Modi, die intensive (negative) Gefühle verursachen und konzeptuell als „primär“ gesehen werden können, auf der linken Seite der Abbildung in Kreisen abgebildet werden, während auf der rechten Seite – und zur besseren Abgrenzung in eckigen Kästen – die konzeptuell „sekundären“ dysfunktionalen Bewältigungsmodi aufgetragen sind. Unter „Moduskonzepte der Fallbeispiele“ werden beispielhaft die beiden Modusmodelle der Fallbeispiele erläutert. Das Moduskonzept stellt somit eine Zusammenfassung dar. Der genaue Bezug der verschiedenen Modi zur Symptomatik des Patienten, ihre biografische Entstehung sowie ihr Zusammenhang mit interaktionellen Problemen innerhalb und außerhalb der Therapiebeziehung werden zusätzlich in einer ausführlicheren Fallkonzeption erörtert.

Das Moduskonzept wird in Zusammenarbeit mit dem Patienten erstellt und im Laufe der Behandlung ggf. revidiert, wenn weitere wichtige Problemfelder auftreten oder sich die Funktionalität von Symptomen oder Problemverhaltensweisen im Verlauf verändert darstellt.

**Störungsspezifische und individuelle Moduskonzepte.** Das Moduskonzept bildet als individualisiertes Störungsmodell die Verständnisgrundlage für die (u. U. vielfältigen und wechselnden) Probleme des Patienten, für seine Interaktion in der Therapiebeziehung, für die Definition von Therapiezielen sowie die Auswahl von Interventionen.

Für BPS sowie narzisstische PS haben Young et al. störungsspezifische Moduskonzeptionen vorgelegt. So beinhaltet die BPS im schematherapeutischen Ansatz im Wesentlichen die Modi des missbrauchten oder verlassenem Kindes, des strafenden Elternteils, des ärgerlichen Kindes und des distanzierten Beschützers. Die narzisstische PS ist charakterisiert durch die Modi des einsamen Kindes, des Self-Aggrandizers und des Detached Self-Soothers. In der Praxis werden jedoch die individuellen Modusmodelle auch bei Patienten mit BPS oder narzisstischer PS häufig um weitere Modi

ergänzt (z. B. distanzierende Selbstberuhigung bei BPS-Patienten mit bulimischen Symptomen, sofern die Bulimie funktional als Selbstberuhigung dient). Umgekehrt lässt sich z. B. das BPS-spezifische Modusmodell häufig auch bei Patienten, die keine BPS-Diagnose nach DSM-IV erfüllen, einsetzen, und man kann individuelle Modusmodelle auch für Patienten erstellen, zu deren Diagnose kein prototypisches Modusmodell definiert wurde.

## Modusbezogene Interventionen

Jedem Modus lassen sich generelle Veränderungsziele, therapeutische Strategien und eine spezifische Gestaltung der Therapiebeziehung zuordnen.

So sollen Patienten in verletzbaren Kindmodi gestärkt und getröstet werden, hierzu werden insbesondere emotionsorientierte Methoden angewendet und eine warmherzige therapeutische Beziehung angeboten. Patienten in einem narzisstischen Überkompensationsmodus hingegen wird in der Beziehung mit (empathischer) Konfrontation des Modus begegnet, die mit einem starken, sicheren und ggf. auch stark begrenzenden Auftreten des Therapeuten einhergeht. Generell soll dieser Modus reduziert werden; als Interventionen in der Sitzung werden insbesondere kognitive Interventionen und Stuhldialoge eingesetzt. Insofern lassen sich für jeden Modus grundlegende Strategien formulieren, die im Folgenden erläutert werden. Selbstverständlich ist immer eine individuelle Anpassung der Intervention an den jeweiligen Fall geboten.

## Interventionen bei kindlichen Modi

Grundsätzlich werden beim Auftreten von kindlichen Modi die damit zum Ausdruck gebrachten Gefühle und (verletzten) Bedürfnisse des Patienten validiert. Dies ist unabhängig vom inhaltlichen und zeitlichen Kontext. So können Gefühle und Bedürfnisse des vulnerablen oder wütenden Kindes in der Imagination durch den gesunden Erwachsenenmodus des Patienten oder eine modellierende Hilfsperson validiert werden, ebenso wie der Therapeut in der aktuellen Therapiesituation validieren kann, dass sich der Patient verlassen fühlt oder wütend auf den Therapeuten wird, weil der Therapeut in den Urlaub geht. Während in der therapeutischen Arbeit mit verletzbaren Kindmodi neben

der Validierung der Trost und die Befriedigung von interpersonellen Bedürfnissen im Vordergrund stehen, ist es bei ärgerlichen und impulsiven Kindmodi auch geboten, adäquate Grenzen zu setzen und einen angemessenen Bedürfnis Ausdruck einzuüben.

#### ■ Verletzbare Kindmodi

**Therapiebeziehung.** In der Gestaltung der Therapiebeziehung ist der Therapeut beim Auftreten von vulnerablen Kindmodi sehr warmherzig, fürsorglich und tröstend. Er unterstützt den Patienten verständnisvoll und sucht gemeinsam mit dem Patienten nach gesunden Möglichkeiten, seine Bedürfnisse unter Beachtung der Bedürfnisse anderer zu erfüllen.

**Kognitive Interventionen.** Auf der Ebene kognitiver Interventionen vermittelt der Therapeut dem Patienten, welche Bedürfnisse in seiner Kindheit und aktuell nicht adäquat erfüllt wurden und werden. Da Patienten in vulnerablen Kindmodi ihre Bedürfnisse typischerweise als unangemessen erleben und sich dafür schuldig fühlen, sollte der Therapeut den Patienten über normale Rechte und Bedürfnisse von Kindern im Besonderen und Menschen im Allgemeinen unterrichten und seine Bedürftigkeit so grundsätzlich normalisieren. Weiterhin ist es wichtig, die in diesem Modus häufig bestehende hoffnungslose Sicht auf die Zukunft zu reduzieren: Auch wenn sich der Patient so fühlt, als könnten seine Bedürfnisse nie befriedigt werden, entspricht dies nicht der Realität.

**Emotionsorientierte Interventionen.** Sie spielen eine zentrale Rolle bei der Behandlung vulnerabler Kindmodi. Besonders geeignet sind Imaginationsübungen im Sinne des Imagery Reprocessing and Rescripting, in denen sich der Patient – ausgehend von negativen Emotionen in einer aktuell als schwierig erlebten Situation – in schwierige Kindheitssituationen versetzt und die Situation in der Imagination als gesunder Erwachsener oder anhand von Hilfspersonen so verändert, dass die Rechte des verletzten Kindes gewahrt bleiben und seine Bedürfnisse umfassend erfüllt werden. Diese Übung ist für schwer gestörte Patienten wie etwa BPS-Patienten gerade zu Beginn der Therapie sehr schwierig, sodass auf imaginierte Hilfspersonen einschließlich des Therapeuten (= Reparenting in der Imagination) zurückgegriffen werden sollte. Für weniger schwer gestörte Patienten ist dies häufig eine sehr angenehme Übung, die leicht bewältigt werden kann und die Einsicht in die Notwendigkeit von mehr Selbstfürsorge schlagartig verbessern kann.

### Fallbeispiel 2 Fortsetzung

#### Imaginationsübung

Frau R. berichtet, dass sie sich einsam und zurückgewiesen gefühlt habe, als sich einige Mitpatienten ohne sie zu einem Kinobesuch verabredet hatten. Die Therapeutin schlägt eine Imaginationsübung vor, in deren Rahmen sie sich – ausgehend von den Gefühlen in der aktuellen Situation – in ihre Kindheit versetzt. Sie imaginiert eine Szene, in der sie sich von ihren Klassenkameraden ausgeschlossen fühlt. Der Therapeut leitet sie an, als „erwachsene Katja“ in die Szene zu kommen, Kontakt zur „kleinen Katja“ aufzunehmen und die Bedürfnisse der „kleinen Katja“ zu erfüllen. Entsprechend dem Wunsch der „kleinen Katja“ erklärt die „erwachsene Katja“ der Lehrerin und der Klasse, dass sie die „kleine Katja“ nicht so behandeln dürfen; dann nimmt die „erwachsene Katja“ sie mit in ihre Wohnung, kocht ihr einen warmen Kakao, spricht mit ihr über die Schwierigkeiten in der Klasse und versichert ihr ihre Zuneigung. Die Patientin ist von der Übung sehr gerührt und wagt es danach, einer Mitpatientin, zu der sie schon länger einen guten Kontakt hat, eine gemeinsame Unternehmung vorzuschlagen.

**Verhaltensebene.** Auf Verhaltensebene soll der Patient lernen, seine Bedürfnisse im sozialen Kontext besser auszudrücken und für ihre Erfüllung zu sorgen bzw. sich auch selbst eigene Bedürfnisse zuzugestehen und zu erfüllen.

Mit dem Ziel, vulnerable Kindmodi zu validieren und zu stärken, haben bei der Behandlung verletzbarer Kindmodi Imaginationsübungen im Sinne des Imagery Reprocessing and Rescripting einen zentralen Stellenwert.

#### ■ Wütende und impulsive Kindmodi

**Therapiebeziehung.** Wenn Patienten sich in ärgerlichen, wütenden oder impulsiven Kindmodi befinden, validiert der Therapeut in der Therapiebeziehung einerseits die Gefühle des Patienten, neben der Wut auch die damit üblicherweise einhergehenden negativen Gefühle wie Verletztheit, Traurigkeit, Zurücksetzung oder Frustration. Die Wut wird dem gerechtfertigten Empfinden darüber zugeschrieben, wie ungerecht der Patient in seiner Kindheit behandelt wurde. Es ist wichtig zu beachten, dass die Aktivierung wütender Kindmodi insbesondere bei schwer kranken Patienten typischerweise mit einer gleichzeitigen Aktivierung des strafenden Elternmodus einhergeht („wenn ich Wut zeige, bin ich schlecht“). Dessen sollte

sich der Therapeut bewusst sein, es mit dem Patienten ansprechen und ggf. Interventionen zur Konfrontation des strafenden Elternteils einfließen lassen. Neben der grundsätzlichen Validierung der Gefühle des Patienten sollte der Therapeut dem Patienten allerdings auch empathisch mitteilen, welche Reaktionen diese Wut bei ihm auslöst und ihn mit dem interpersonellen Schaden konfrontieren, den ein unkontrollierter Wutausbruch ggf. auslösen kann. Wenn eher impulsives Verhalten oder eine verwöhnte Haltung im Vordergrund steht, sollte der Therapeut dies ebenfalls benennen.

**Kognitive Interventionen.** Häufig zeigen Patienten ihre Wut jedoch nicht offen, auch wegen der Verknüpfung mit dem strafenden Elternmodus. Hier ist es wichtig, im Rahmen kognitiver Interventionen an der Bedeutung von Wut für den Ausdruck von eigenen Bedürfnissen zu arbeiten, das Gefühl von Wut zu normalisieren und normale und angemessene Ausdrucksweisen von Wut und Ärger zu erörtern.

**Emotionsorientierte Interventionen.** Auf der Ebene emotionaler Interventionen ist es in den Fällen, in denen der Patient nicht in Kontakt zu eigenen Gefühlen von Wut und Ärger kommt, wichtig, ihn darin zu unterstützen. Dazu kann einerseits in Imaginationsübungen zur Kindheit des Patienten die Situation im Rahmen des Imagery Rescripting so variiert werden, dass sich der Patient als wütendes Kind in der Situation trauen kann, seiner Wut Ausdruck zu verleihen. Auch Übungen zum Ausdruck von Wut können hilfreich sein (z. B. in ein Kissen schlagen, um Wut physisch auszudrücken) sowie das Modellieren von Wut durch den Therapeuten auf dem Stuhl des wütenden Kindes i. R. von Stuhldialogen.

**Verhaltensebene.** In der verhaltensbezogenen Arbeit soll der Patient lernen, Wut und Ärger funktional auszudrücken, zunächst innerhalb und später auch außerhalb der Therapiebeziehung. Dazu können beispielsweise Rollenspiele oder Verhaltensexperimente eingesetzt werden.

Bei wütenden oder impulsiven Kindmodi validiert der Therapeut in der Therapiebeziehung die Gefühle des Patienten, auf Verhaltensebene arbeitet er mit dem Patienten daran, Wut und Ärger funktional auszudrücken.

## Interventionen bei dysfunktionalen Elternmodi

**Therapiebeziehung.** In der Gestaltung der Therapiebeziehung versucht der Therapeut als Rollenmodell für ein „gutes Elternteil“, den Patienten vor seinen dysfunktionalen Elternmodi zu schützen. Insbesondere beim Vorliegen eines starken strafenden Elternmodus ist die Gefahr hoch, dass der Patient Äußerungen des Therapeuten fälschlicherweise als strafend oder abwertend interpretiert. Der Therapeut muss sich dieser Gefahr bewusst sein und den Patienten ggf. direkt darauf hinweisen, danach fragen und die Bedeutung seiner Äußerungen in solchen Fällen explizit korrigieren.

**Kognitive Interventionen.** Auf der Ebene kognitiver Interventionen soll der Patient lernen, sich weniger schwarz-weiß zu bewerten, als es dysfunktionale Elternmodi implizieren. Dazu können z. B. kognitive Umstrukturierung, das Führen eines Positivtagebuches und die Entwicklung von ausgewogeneren Werthaltungen geeignet sein. Häufig erleben Patienten den durch den strafenden Elternmodus ausgelösten Selbsthass als ich-syntonen Selbsthass. Hier ist es wichtig zu vermitteln, dass ausgeprägt negative Selbstbewertungen biografisch sozial vermittelt werden und nie eine primäre Bewertung der eigenen Person unabhängig von sozialen Beziehungen darstellen. Dabei sind nicht immer elterliche Bewertungen ausschlaggebend für die Entwicklung dieses Modus. Häufig berichten Patienten mit starkem strafendem Elternmodus auch primär von Beschämungen und Abwertungen durch die Peergruppe (vgl. Fallbeispiel 2). Dies sollte sich in der Benennung des Modus im Fallkonzept des jeweiligen Patienten niederschlagen (z. B. „die strafende Mutter“, „der missbrauchende Vater“, „die höhnischen Klassenkameraden“). Nicht selten entwickeln Patienten Schuldgefühle beim Bekämpfen des strafenden Elternmodus, die sich aus der Wahrnehmung ergeben, dass sie damit ihre Eltern bloßstellen. Hier ist es notwendig, zu betonen, dass der Patient nicht seine realen Eltern (oder andere Bezugspersonen) bekämpft, sondern ein schädigendes Abbild ihrer Bewertungen, das er verinnerlicht hat.

**Emotionsorientierte Interventionen.** In emotionsorientierten Interventionen soll der Patient lernen, die „Stimme“ dieses Modus zu schwächen. Dazu sind einerseits Stuhldialoge geeignet, bei denen der dysfunktionale Elternmodus und der gesunde Erwachsenenmodus des Patienten auf verschiedenen Stühlen eine Auseinandersetzung führen. Ebenso kann der dysfunktionale Elternmodus im Rahmen von Imagina-

tionsübungen und Imagery Rescripting herausgefordert werden. Dabei zeigt sich bei fordernden Elternmodi häufig eine gewisse „Diskussionsbereitschaft“ des Modus, und Dialoge auf verschiedenen Stühlen oder in der Imagination können eingesetzt werden, um Kompromisse auszuhandeln, mit denen sich der Patient z. B. weniger stark unter Leistungsdruck setzt. Bei ausgeprägten strafenden Elternmodi zeigt sich jedoch häufig, dass der Elternmodus ausschließlich abwertenden, gehässigen oder sadistischen Charakter hat. Dann besteht die Hauptaufgabe darin, sich gegen den Modus abzugrenzen, die argumentatorischen Fehlleistungen des Modus aufzuzeigen, gegen den Modus gerichteten (wütenden) Affekt zu stärken und ihm das Wort zu verbieten.



**Verhaltensebene.** Auf Verhaltensebene kann der Patient z. B. als Hausaufgabe Dinge tun, die er gut kann, positive Bewertungen über sich selbst sammeln oder Freunde nach ihrer Einschätzung seiner Person fragen.

**Fallbeispiel 2 Fortsetzung**

**Bekämpfen des strafenden Elternmodus**

Frau R. berichtet, dass ihre Selbstbewertung insbesondere im sozialen Kontext noch immer stark von den Hänseleien, denen sie als Schülerin ausgesetzt war, dominiert wird. Das führt z. B. dazu, dass sie in Gruppen immer wieder überzeugt ist, von den anderen Gruppenmitgliedern für lächerlich, hässlich und tollpatschig gehalten zu werden. Diese Bewertungen, die keine reale Basis haben, werden als Ausdruck ihres strafenden Elternmodus, der „spöttischen inneren Stimmen“, identifiziert. Frau R. wehrt sich gegen diese Stimmen anhand eines Dialogs mit 2 Stühlen, bei dem sie auf dem Stuhl der gesunden Erwachsenen den Stimmen vorwirft, ungerecht und sadistisch zu sein, und sie auffordert, sie zukünftig in Frieden zu lassen. Dies fällt ihr zunächst schwer, deshalb unterstützt sie die Therapeutin, indem sie die Äußerungen des gesunden Erwachsenen für sie modelliert.



**Interventionen bei dysfunktionalen Elternmodi haben zum Ziel, den Patienten vor seinen dysfunktionalen Elternmodi zu schützen und zu vermitteln, dass negative Selbstbewertungen biografisch sozial vermittelt werden und keine primäre Bewertung der eigenen Person darstellen.**

**Interventionen bei dysfunktionalen Bewältigungsmodi**

Bezogen auf dysfunktionale Bewältigungsmodi ist das zentrale Ziel, sie biografisch als Bewältigungsmechanismen zu validieren, die für die Patienten als Kind hochfunktional waren. Heute verhindern sie jedoch häufig den Aufbau naher und vertrauensvoller Beziehungen, deshalb sollten die Patienten beginnen, sie zu reduzieren. Die Therapiebeziehung kann genutzt werden als „Übungsfeld“ für die Reduktion dysfunktionaler Bewältigungsmodi. Dieses Vorgehen gilt prinzipiell für alle dysfunktionalen Bewältigungsmodi. Allerdings kann es sehr unterschiedlich ausgestaltet werden in Abhängigkeit von der genauen Art des Bewältigungsmodus. Während Schutz- und Kapitulationsmodi (Detached Protector, Compliant Surrender) ein zwar klares, aber auch sehr warmherziges und freundliches Vorgehen des Therapeuten erfordern, kann es gerade bei stark ärgerlichen, dominanten oder aggressiven Bewältigungsmodi auch notwendig sein, dass der Therapeut sehr fest und entschieden auftritt, um der dysfunktionalen Interaktion klare Grenzen zu setzen. Psychodynamisch betrachtet, arbeitet der Therapeut hier direkt mit dem Widerstand des Patienten, indem er ihn einerseits validiert und andererseits deutlich auf die damit einhergehenden Probleme hinweist.

**Therapiebeziehung.** Auf der Ebene der Therapiebeziehung macht der Therapeut deutlich, dass er sich primär um den vulnerablen Kindmodus des Patienten kümmern möchte. Er kann jedoch mit dem Patienten nicht in den dafür notwendigen Kontakt kommen, solange der Bewältigungsmodus im Vordergrund steht. Dies macht er dem Patienten transparent und arbeitet daran, den Bewältigungsmodus in der Therapie zunehmend überflüssig zu machen. Gleichzeitig signalisiert er großes Verständnis für die Entwicklung und das Bestehen des Bewältigungsmodus.

**Kognitive Interventionen.** In kognitiven Interventionen werden Vor- und Nachteile des Bewältigungsmodus erörtert. Vorteile sind üblicherweise insbesondere biografisch zu erkennen, da der Bewältigungsmodus früher wichtige Funktionen erfüllte. Heute hat er aber insbesondere den Nachteil, genuine Kontakt mit dem Therapeuten und anderen Menschen und damit die Erfüllung sozialer Bedürfnisse zu beeinträchtigen.

**Emotionsorientierte Interventionen.** Auf der Ebene emotionsorientierter Interventionen werden insbesondere Stuhldialoge eingesetzt. Zum Beispiel kann der Patient auf einem Stuhl die Perspektive des Be-

wältigungsmodus einnehmen; der Therapeut bespricht mit dem Modus seine Entwicklung und seine hilfreichen Funktionen für den Patienten, um ihn maximal zu validieren. Darüber hinaus kommen jedoch auch die mit ihm aktuell einhergehenden interpersonellen Probleme zur Sprache, und der Therapeut verhandelt mit dem Modus, inwieweit er sich zurückziehen kann, um zunächst den Therapeuten und in der Folge auch anderen Personen einen engeren Kontakt zum Patienten zuzugestehen. Sofern es sich um vermeidende oder erduldennde Bewältigungsmodi handelt, lassen sich diese Gespräche in einem sehr ruhigen und sachlichen Tonfall führen. Wenn es sich um eher aggressive oder narzisstische Überkompensationsmodi handelt, muss der Therapeut ggf. sehr konfrontativ auf die durch den Modus ausgelösten Nachteile hinweisen (tatsächliche oder potenzielle Bezugspersonen werden abgeschreckt und entwickeln Abneigung gegen den Patienten). Darüber hinaus können Stuhldialoge mit mehreren Modi durchgeführt werden, in denen beispielsweise der Überkompensationsmodus, der vulnerable Kindmodus und der gesunde Erwachsenenmodus des Patienten auf verschiedenen Stühlen zur Sprache kommen.

Wenn der Patient mit Unterstützung des Therapeuten bereits in der Lage ist, zu erkennen, dass der Bewälti-

gungsmodus auftritt, weil etwas vorgefallen ist, was ihn verletzt hat oder mit negativen Gefühlen verbunden ist, kann der Therapeut den Bewältigungsmodus direkt „umgehen“ und den Patienten bitten, zu den aufgetretenen Verletzungen oder negativen Gefühlen eine Imaginationsübung zu machen, in der er direkten Kontakt mit seinem vulnerablen Kindmodus aufnimmt (s. o., Abschnitt „Verletzbarer Kindmodi“).

**Verhaltensebene.** Im Bereich behavioraler Interventionen wird daran gearbeitet, dass der Patient zunehmend Zeit im gesunden Erwachsenenmodus oder vulnerablen Kindmodus anstelle des Bewältigungsmodus verbringt. Dazu kann es beispielsweise notwendig sein, sozialen Kontakt insgesamt zu erhöhen und zu verbessern oder in Rollenspielen den gesunden und adäquaten Ausdruck eigener Gefühle und Bedürfnisse zu üben.

Interventionen bei dysfunktionalen Bewältigungsmodi sind darauf ausgerichtet, den Bewältigungsmodus für den Patienten in der Therapie zunehmend überflüssig zu machen. Insbesondere Stuhldialoge sind gut geeignet.

## Auswahl der jeweiligen Intervention

Patienten mit PS zeigen typischerweise hartnäckige, kaum veränderbar scheinende Probleme oder auch rasch wechselnde Probleme in verschiedenen Lebensbereichen. Eine (manualisierbare) kontinuierliche Arbeit an einem klar definierten Zielsymptom ist daher nicht möglich. Das zu Beginn der Behandlung erarbeitete Modusmodell bildet gewissermaßen das Raster, in das das jeweilige Problem oder Thema, mit dem der Patient in die Sitzung kommt, eingeordnet wird. Die Auswahl der Intervention erfolgt anhand des im Vordergrund stehenden Modus.

Manche Symptome stehen typischerweise mit einem bestimmten Modus in Verbindung (s. auch Tab. 3), jedoch kann ein und dasselbe Symptom bei verschiedenen Patienten (manchmal auch bei einem Patienten) mit verschiedenen Modi in Verbindung stehen (Tab. 4). Dies muss bei der Auswahl der jeweiligen Intervention beachtet werden.

Speziell bei Patienten mit BPS ist es typisch, dass die Modi selbst innerhalb einer Therapiesitzung stark wechseln und auch überlappend auftreten können.

### Fallbeispiel 3

**Auswahl der Intervention in Abhängigkeit vom aktuell im Vordergrund stehenden Modus**  
Peter U., ein Patient mit Dysthymie und narzisstischer Persönlichkeitsakzentuierung, kommt in einem sehr coolen distanzierten Beschützermodus in die Sitzung. Die Therapeutin konfrontiert ihn mit dem Modus und exploriert, wodurch er ausgelöst wurde. Es zeigt sich, dass der Patient Streit mit seiner Ehefrau hatte und sich deshalb sehr verlassen und einsam fühlt. In einer Imaginationsübung bekommt der Patient Zugang zu seinem einsamen Kindmodus und kann den „kleinen Peter“ trösten und ihm Geborgenheit vermitteln. Im Anschluss wird reflektiert, inwiefern Herr U. seiner Partnerin emotional näher sein kann, um die

Beziehung für sie beide zufriedener zu gestalten. In die nächste Stunde kommt Herr U. in recht läppischer Stimmung und berichtet als erstes, dass er die vereinbarten Hausaufgaben (wieder) nicht angegangen sei. Die Therapeutin schlägt einen Stuhldialog vor, um herauszufinden, welcher Modus für die Vermeidung der Hausaufgaben verantwortlich ist. Es stellt sich heraus, dass der narzisstische Selbstüberhöher die Hausaufgaben „zu popelig“ findet. In der Folge wird im sokratischen Dialog erörtert, inwiefern diese Haltung den Patienten in der Dysthymie „feststecken“ lässt, weil sie verhindert, dass er schrittweise Veränderungen angeht.

**Tabelle 4**

**Modi, die mit dem Symptom „Selbstverletzung“ in Verbindung stehen können.**

Modus	Hintergrund der Selbstverletzung
strafender Elternmodus	Patient bestraft sich für vermeintliches Fehlverhalten
distanzierter Beschützer	Patient lenkt sich durch Selbstverletzungsritual und /oder Schmerz von psychischem Leid ab
Überkompensation	Patient demonstriert als übermächtig wahrgenommenen Bezugspersonen, dass sie ihn nicht kontrollieren können

Die Aufgabe des Therapeuten besteht hier darin, aufkommende Modi zu identifizieren, zu benennen und in seine aktuelle Intervention einzubeziehen. Ein wichtiges Ziel, insbesondere zu Beginn der Therapie, besteht hier darin, die Patienten selbst zur besseren Identifikation der gerade auftretenden Modi zu befähigen, die durch die Moduswechsel unvermeidbaren Probleme in der Therapiebeziehung zu beachten und ggf. mit dem Patienten zu besprechen und den Moduswechsel möglichst zu verlangsamen.

### Modi und Therapiebeziehung

Der Modusansatz ist in besonderem Maße geeignet, Besonderheiten und Probleme der Therapiebeziehung zu fokussieren und dabei in schwierigen Therapiesituationen neben den Modi des Patienten auch die Reaktionsmuster des Therapeuten, die sich ebenfalls als Modi konzeptualisieren lassen, einzubeziehen. In der Supervision und Selbsterfahrung von Therapeuten zeigt sich typischerweise, dass Therapeuten spezifische Patientenverhaltensweisen (z. B. narzisstische Selbstüberhöhung, Vermeidung, Detachment) benennen können, die sie als besonders schwierig erleben und auf die sie typischerweise auch mit bestimmten eigenen dysfunktionalen Mustern reagieren (z. B. ermüden, sich besonders anstrengen, ärgerlich werden). Solche Muster, die gehäuft bei Patienten auftreten, bei denen aufgrund der Schwere der interaktionellen Probleme eine Schematherapie indiziert ist, lassen sich häufig sehr gut als „Modus-Clash“ konzeptualisieren (s. Fallbeispiel 6).

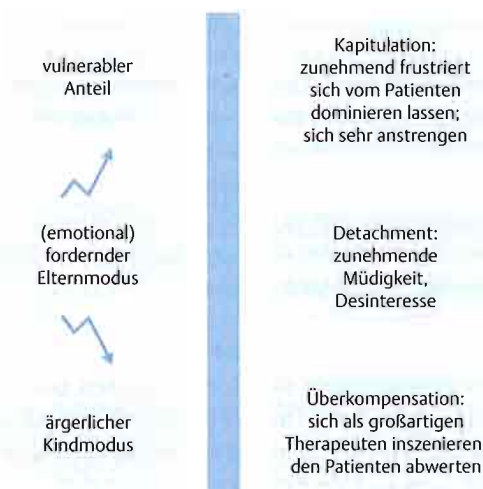
Aufseiten des Therapeuten wird typischerweise Überforderungserleben berichtet, das einen fordernden

### Fallbeispiel 4

#### Modus-Clash in der Therapie-situation

Der Therapeut Herr W. erlebt die Arbeit mit Patientinnen, die in erster Linie klagen, ohne emotional gut spürbar zu sein (= klag-samer distanzierter Beschützermodus), als sehr belastend. Er reagiert auf solche Patientinnen sehr rasch mit großer Müdigkeit und dem Gefühl größter Langleweiligkeit, kann sich in den Sitzungen schon nach kurzer Zeit kaum mehr wach halten und findet so keinen Weg, um die Klagen zu unterbrechen und in einen emotionalen Kontakt mit der Patientin zu kommen. In der Selbsterfahrung kristallisiert sich heraus, dass die Mutter von Herrn W. schon immer

sehr klagsam war und Herr W. sich einerseits schon früh dafür verantwortlich gefühlt hat, die Mutter zu stabilisieren (= fordernder Elternmodus), andererseits aber schon als Kind gegenüber diesen Klagen einen starken distanzierten Beschützermodus ausgebildet hat, weil er den schlechten Zustand der Mutter als sehr bedrohlich erlebte. Klagende Patienten lösen einerseits das drängende Gefühl aus, für die Besserung des Patienten sorgen zu müssen (Schema Selbstaufopferung), und induzieren gleichzeitig den distanzierten Beschützermodus, der sich in erster Linie in Müdigkeit und Langleweiligkeit ausdrückt.



**Abb. 3** Typische Moduskonstellationen von Therapeuten in (schwierigen) Therapiesituationen. Schemata: emotionale Deprivation, Versagen, Selbstaufopferung.

Elternmodus („Ein guter Therapeut sorgt dafür, dass es seinen Patienten besser geht“) aktiviert. Wenn sich der Patient jedoch nicht bessert, werden Coping-Muster beim Therapeuten aktiviert. Ein prototypisches Therapeuten-Modusmodell zeigt Abb. 1.

**Mögliche Maßnahmen.** Für Therapeuten ist es empfehlenswert, ggf. eigene biografische Hintergründe solcher Muster zu klären und nach funktionaleren Bewältigungsstrategien zu suchen. Dazu können Supervision, Selbsterfahrung oder Intervision hilfreich und manchmal auch unverzichtbar sein. Nicht selten ist es

### Kernaussagen

- Der schematherapeutische Modusansatz ist insbesondere indiziert bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (PS) oder komplexen und chronischen psychischen Problemen. Für einige PS wurden bisher störungsspezifische Modusmodelle formuliert, prinzipiell lässt sich der Modusansatz aber als einzelfallorientiertes Konzept gerade bei Patienten einsetzen, die nicht gut störungsspezifisch behandelt werden können.
- Im Moduskonzept des Patienten werden einerseits vulnerable und kritische Selbstanteile (vulnerable Kind- und dysfunktionale Elternmodi) und andererseits dysfunktionale Bewältigungsmodi abgebildet und in Zusammenhang mit den Symptomen und interaktionellen Problemen des Patienten gebracht.
- In der Therapie wird in Abhängigkeit vom jeweils vorherrschenden Modus interveniert, wobei das psychodynamische Fallverständnis kombiniert wird mit kognitiven, verhaltenstherapeutischen und emotionsfokussierenden Methoden. Die wesentlichen Therapieziele bestehen darin, vulnerable Kindmodi zu validieren und zu stärken, dysfunktionale Elternmodi in ihrer Macht zu begrenzen und dysfunktionale Bewältigungsmodi zu reduzieren.

auch möglich – und für beide Beteiligten hilfreich – die Problemsituation direkt mit dem Patienten zu klären.

Ein funktionalerer Umgang mit schwierigen Situationen seitens des Therapeuten beinhaltet häufig, eigenen Ärger besser wahr- und ernst zu nehmen, Perfektionismus und Aufopferungsbereitschaft auf ein gesundes Maß zu begrenzen und Patienten stärker empathisch mit den Konsequenzen ihrer Bewältigungsmodi zu konfrontieren.

Gegenüber dem eigenen fordernden Elternmodus kann es hilfreich sein, sich zu verdeutlichen, dass auch der Therapeut in der Therapiesituation Rechte hat und beispielsweise eine aktive Mitarbeit und ein respektvolles Verhalten des Patienten einfordern darf.

### Über die Autoren

#### Gitta Jacob



Dr. phil. Dipl.-Psych. Gitta Jacob, 1994–1999 Studium der Psychologie an den Universitäten Würzburg und Freiburg. Promotion 2001 am Institut für Psychologie der Universität Freiburg, 2003 Approbation zur Psychologischen Psychotherapeutin, Schwerpunkt Verhaltenstherapie. Seit 2002 klinische und wissen-

schaftliche Tätigkeit an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg. Leiterin der Arbeitsgruppe Borderline-Persönlichkeitsstörung. Forschungsschwerpunkte: Emotionsregulation, Psychotherapie.

#### Klaus Lieb



Prof. Dr. med. Klaus Lieb, 1985–1992 Studium der Humanmedizin und Philosophie an den Universitäten Ulm, Tübingen und Los Angeles / USA. 1992–1994 Arzt im Praktikum und wissenschaftlicher Angestellter an der Abt. Anatomie und Zellbiologie und Innere Medizin I der Universität Ulm. 1994–1999 Facharzt Ausbildung

zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Freiburg, 1999 Habilitation. 2000 Oberarzt und ab 2001 leitender Oberarzt in der dortigen Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie. Seit 2007 Direktor der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik, Universitätsklinikum Mainz. Mitglied in zahlreichen wissenschaftlichen Gesellschaften und Editorial Boards. Editor Persönlichkeitsstörungen der Cochrane Collaboration. Forschungsschwerpunkte: Affektive Störungen und Borderline-Persönlichkeitsstörung.

## Arnoud Arntz



Prof. Dr. phil. Arnoud Arntz, 1975–1980 Studium der Physik und Philosophie, 1980–1985 Studium der Psychologie an der Universität Groningen. 1985–1996 wissenschaftliche Tätigkeit an den Universitäten Groningen und Maastricht, Promotion 1991, Approbation als Psychotherapeut 1994. Seit 1999 Lehrstuhl-

inhaber für Klinische Psychologie und Experimentelle Psychologie an der Universität Maastricht. Wissenschaftlicher Direktor des Forschungsinstituts für experimentelle Psychopathologie, Forschungsdirektor des Maastrichter Community Mental Health Center, Herausgeber wissenschaftlicher Fachzeitschriften. Forschungsschwerpunkte experimentelle Psychopathologie und Psychotherapieforschung; Projektleiter des RCT zu Schematherapie bei Borderline-PS (Giesen-Bloo et al. 2006) und weiterer Projekte zur Effektivität von Schematherapie.

## David Bernstein

Prof. Dr. David P. Bernstein, Ph. D. in Klinischer Psychologie an der New York University 1990. Langjährige Tätigkeit als Psychotherapeut sowie als Fakultätsmitglied der Mount Sinai Medical School und der Fordham University. Seit 2004 Leitung der Forensic Psychology Section an der Universität Maastricht. Studienleiter einer laufenden randomisierten klinischen Studie zur Schematherapie in der Forensik, Autor zahlreicher Publikationen zu forensischer Psychologie, Persönlichkeitsstörungen, Sucht und frühkindlicher Traumatisierung. Past President der Association for Research on Personality Disorders.

### Korrespondenzadresse

Dr. phil. Dipl.-Psych. Gitta Jacob  
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie  
Universitätsklinikum Freiburg  
Hauptstraße 5  
79104 Freiburg  
Telefon: 0761/270-6501  
E-Mail: gitta.jacob@uniklinik-freiburg.de

## Literatur

- 1 Arntz A, Tiesema M, Kindt M. Treatment of PTSD: A comparison of imaginal exposure with and without imagery rescripting. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2007; 38: 345–370
- 2 Arntz A, van Genderen H. Schema Therapy for Borderline Personality Disorder. Wiley, in press
- 3 Arntz A, Weertman A. Treatment of childhood memories: Theory and practice. *Behav Res Ther* 1999; 37: 715–740
- 4 Berne E. Spiele der Erwachsenen. Reinbek: Rowohlt, 1967
- 5 Bernstein DP, Arntz A, de Vos M. Schema focused therapy in forensic settings: Theoretical model and recommendations for best clinical practice. *Intern J Forensic Health* 2007; 6: 169–183
- 6 Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder. Randomized trial of Schema-Focused Therapy versus Transference-Focused Psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 649–658
- 7 Holmes E, Arntz A, Smucker M. Imagery rescripting in cognitive behaviour therapy: Images, treatment techniques and outcomes. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2007; 38: 297–305
- 8 Jacob GA, Dieckmann E, Lieb K. Schematherapie bei schweren Persönlichkeitsstörungen. *Info Neurologie Psychiatrie* 2007; 9: 46–53
- 9 Kernberg O. Narzissmus, Aggression und Selbsterstörung: Fortschritte in der Diagnose und Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Klett-Cotta, 2005
- 10 Lobbestael J, van Vreeswijk M, Arntz A. Shedding light on schema modes: a clarification of the mode concept and its current research status. *Neth J Psychology* 2007; 63: 76–85
- 11 Lobbestael J, van Vreeswijk M, Arntz A. An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behav Res Ther* 2008; 46: 854–860
- 12 Lobbestael J, van Vreeswijk M, Arntz A et al. The reliability and validity of the Schema Mode Inventory-revised (SMI-r). *Behav Res Ther* 2009 (in press)
- 13 Smucker M, Niederee J. Treating incest-related PTSD and pathogenic schemas through imaginal exposure and rescripting. *Cogn Behav Pract* 1995; 2: 63–92
- 14 Smucker MP, Dancu C, Foa EB et al. Imagery rescripting: A new treatment for survivors of childhood sexual abuse suffering from posttraumatic stress. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly* 1995; 9: 3–17
- 15 Young JE, Klosko S, Weishaar ME. Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch. Paderborn: Junfermann, 2005
- 16 Young JE, Klosko JS. Sein Leben neu erfinden. Paderborn: Junfermann, 2006

## CME-Fragen

Die folgenden Fragen beziehen sich auf den vorangehenden Beitrag. Sie können uns die entsprechenden Antworten entweder online unter <http://cme.thieme.de> oder durch das CME-Teilnahmeheft hinten in dieser Zeitschrift zukommen lassen. Jeweils eine Antwort ist richtig.

Die Vergabe von CME-Punkten ist an die korrekte Beantwortung der Multiple-Choice-Fragen gebunden.

1

Für welche der folgenden Patientengruppen ist der schematherapeutische Modusansatz insbesondere geeignet?

- A Patienten mit Schizophrenie
- B Patienten mit komplizierter Trauerreaktion
- C Patienten mit Panikstörung
- D Patienten mit Persönlichkeitsstörungen
- E Patienten mit bipolarer affektiver Erkrankung

2

Welche der folgenden Interventionen sind beim Auftreten von vulnerablen Kindmodi zentral?

- A Validierung, Verstärkung und Trösten der intensiven Gefühle
- B paradoxe Interventionen
- C Emotionsregulation, um mit negativen Gefühlen besser zurechtzukommen
- D Dialoge mit dem Elternmodus
- E kognitive Umstrukturierung

3

Wie wird mit dysfunktionalen Bewältigungsmodi in der Therapiebeziehung umgegangen? Sie werden

- A maximal verstärkt.
- B validiert und getröstet.
- C immer unterbunden.
- D empathisch konfrontiert.
- E nach Möglichkeit ignoriert.

4

Wie sollte in der Schematherapie mit strafenden Elternmodi verfahren werden? Sie sollen

- A in das Selbstkonzept der Patienten integriert werden.
- B abgeschwächt werden.
- C ignoriert werden.
- D imitiert werden.
- E validiert werden.

5

Welchen Stellenwert hat die Therapiebeziehung in der Schematherapie? Sie ist

- A eher unerheblich.
- B als Trainer- oder Coach-Beziehungsangebot konzeptualisiert.
- C nur dann wichtig, wenn der Patient keine Eltern mehr hat.
- D charakterisiert mit dem Konzept des „begrenzten Nachbeeltern“.
- E primär gekennzeichnet durch „pronounced limit setting“.

6

Welche Aussage trifft für in der Therapiebeziehung auftretende Probleme zu?

- A Sie sind in der Schematherapie extrem selten.
- B Sie können als Interaktion zwischen Patienten- und Therapeutenmodi konzeptualisiert werden.
- C Sie liegen immer am strafenden Elternmodus des Patienten.
- D Sie sollten zur sofortigen Inanspruchnahme von Supervision führen.
- E Sie stehen meist im Zusammenhang mit einem vulnerablen Kindmodus.

## CME-Fragen

Schematherapeutischer Modusansatz bei Persönlichkeitsstörungen – störungsspezifisches und einzelfallorientiertes Konzept

7

Durch welche der folgenden Modi ist die narzisstische Persönlichkeitsstörung charakterisiert?

- A einsames Kind, Selbstüberhöhung, Selbstberuhigung oder -stimulation
- B missbrauchtes Kind, Compliant Surrender, Bully and Attack
- C einsames Kind, forderndes Elternteil, Compliant Surrender
- D missbrauchtes Kind, Selbstüberhöhung, Bully and Attack
- E verwöhntes Kind, strafendes Elternteil, Selbststimulation

8

Durch welche der folgenden Modi ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung charakterisiert?

- A einsames Kind, Selbstüberhöhung, Bully and Attack
- B missbrauchtes oder verlassenes Kind, Bully and Attack, distanzierter Beschützer
- C missbrauchtes Kind, Bully and Attack, distanzierter Beschützer, fordernder Elternteil
- D missbrauchtes oder verlassenes Kind, ärgerliches Kind, strafender Elternteil, distanzierter Beschützer
- E ärgerliches Kind, strafender Elternteil, Bully and Attack

9

Bei welcher der folgenden Störungen liegt eine Indikation für Schematherapie vor?

- A nur bei Patienten mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung
- B nur bei Patienten mit Cluster-B-Persönlichkeitsstörung
- C bei Patienten mit organischer psychischer Störung
- D bei Patienten mit bipolarer Störung
- E bei Patienten mit Borderline- oder narzisstischer Persönlichkeitsstörung

10

Welche Aussage trifft zu? Bei ausgeprägter narzisstischer Selbstüberhöhung (Überkompensation) ist es im schematherapeutischen Modell wichtig, dass

- A der Therapeut den Patienten zu Beginn der Therapie „narzisstisch füttert“.
- B der Therapeut den Patienten empathisch, aber bestimmt mit dem Überkompensationsmodus konfrontiert.
- C der Therapeut ebenfalls mit Überkompensation reagiert.
- D der Therapeut die Überkompensation so vorsichtig wie möglich anspricht.
- E der Therapeut die Überkompensation nach Möglichkeit ignoriert.

# Gesundheitsversorgung in Haft



Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten. Lieferung zzgl. Versandkosten. Bei Lieferungen in [D] betragen diese 3,95 € pro Bestellung, ab 50 € Bestellwert erfolgt die Lieferung versandkostenfrei. Bei Lieferungen außerhalb [D] werden die anfallenden Versandkosten weiterberechnet. Schweizer Preise sind unverbindliche Preisempfehlungen.

## Gefängnismedizin

Keppler, Stöver

ca. 1. Quart. 2009.  
ca. 360 S., ca. 50 Abb., geb.,  
ISBN 978 3 13 147731 6

ca. 89,95 € [D]

ca. 92,50 € [A]/ca. 149,- CHF

Rechtliche Grundlagen der medizinischen Versorgung im Strafvollzug und strafrechtliche Risiken für den Anstaltsarzt

Besonderheiten der Medizin im Strafvollzug

- Besonderheiten der medizinischen Versorgung z.B. im Frauen- und Jugendstrafvollzug, bei Migranten und Migrantinnen
- Problematik der Simulation und Aggravation

Gefängnispezifische Aspekte in Diagnostik, Therapie und Prävention

- Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, Tbc), Abhängigkeitserkrankungen
- Psychiatrische Versorgung, Hungerstreik, Zwangsernährung, Notfälle

Randgebiete der Medizin im Vollzug

- Polizeigewahrsam und Maßregelvollzug
- Beurteilung der Haftfähigkeit und praxisnahe Hilfe bei der Erstellung von Gutachten.
- Infoboxen zu länderspezifischen Besonderheiten in Österreich und der Schweiz
- Glossar gefängnistypischer Ausdrücke

Jetzt bestellen: Versandkostenfreie Lieferung innerhalb Deutschlands!

☎ Telefonbestellung:  
07 11/ 89 31-900

FAX Faxbestellung:  
07 11/ 89 31-901

@ Kundenservice  
@thieme.de

🌐 [www.thieme.de](http://www.thieme.de)

 **Thieme**