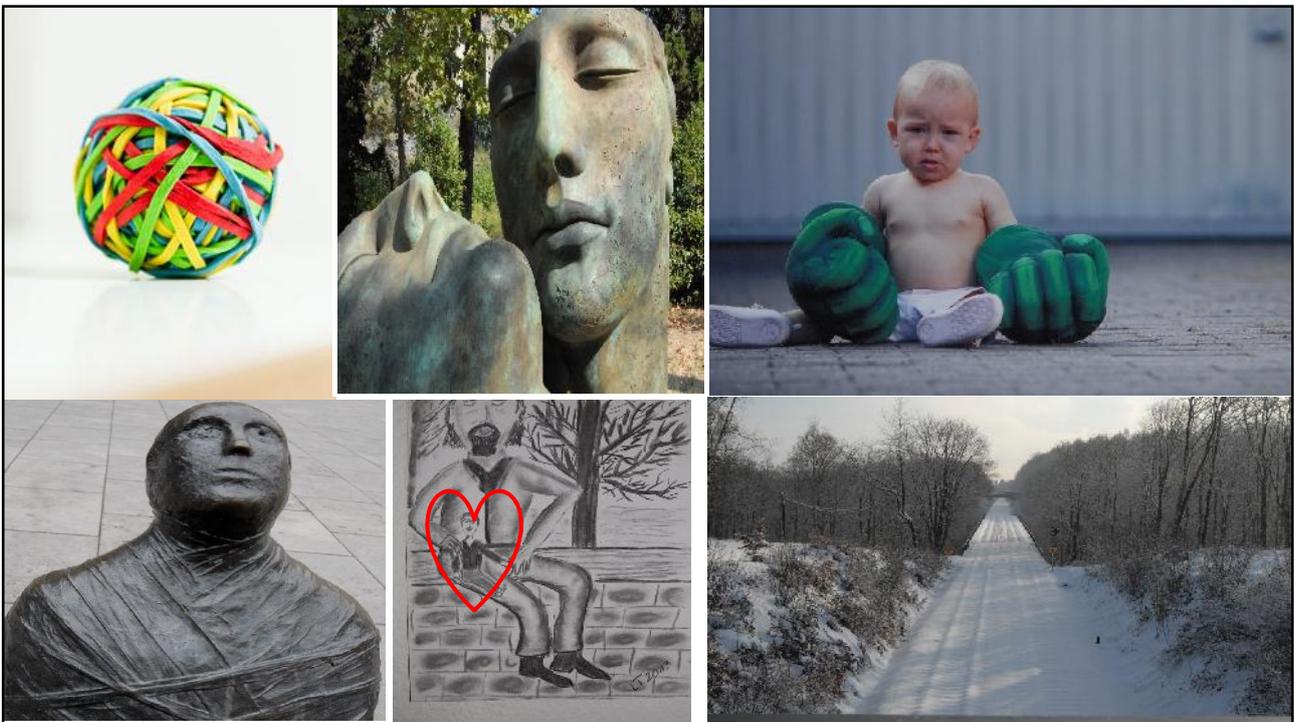


# VT bei Persönlichkeitsstörungen

PP-VT-11

19.-21.06.2020, Webseminar

Udo Raum



## ÜBERSICHT



## ÜBERSICHT

Freitag, 19.06.2020

### Grundlage Teil 1: Persönlichkeitsstörung (PS)

- Theoretische Überlegungen
- Psychologische und Psychiatrische Grundlagen
- Ätiologiemodell

Samstag, 20.06.2020

### Grundlage Teil 2: Persönlichkeitsstörung (PS)

- Verhaltenstherapeutische Behandlungskonzepte bei PS allgemein und bei spezifischen PS
- Therapieplanung
- Beziehungsarbeit
- Behandlungsmodelle: Modell der doppelten Handlungsregulation; Schematherapie, Übungen und Demonstration

Sonntag, 21.06.2020

### Grundlage Teil 3: Persönlichkeitsstörung (PS)

Fortführung von Samstag:  
Schwierige Therapiesituationen und Besonderheiten einzelner PS

\*

## ‘VORAB EINIGE GEDANKEN’

- Therapie der Persönlichkeit? Per Definition beinhaltet die Definition Persönlichkeitsstörung eine Paradoxie: Durch eine therapeutische Behandlung (ggf. auch durch einen natürlichen Verlauf) wird oder soll eine Besserung des Störungsbildes erzielt werden.  
Dem entgegen ist als diagnostisches Kriterium eine psychische Störung mit persistierenden und unflexiblen Verhaltensmustern gegeben. Stabilität der Symptome?
- Zu unterscheiden sind Charaktereigenschaften, die auf Temperamentsunterschiede zurückgehen von entwicklungsbedingten emotional-kognitiven Schemata, die Verhaltensweisen (im Sinne der Schematherapie „Modi“) bedingen.
- Wichtig: Fiedler (2000, 22ff) unterscheidet zwischen Persönlichkeitsstörung und Persönlichkeitsstil, -akzentuierung. Aufbauend auf der Grundannahme von Kuhl & Kazen (1997) postuliert Fiedler, dass jede Persönlichkeitsstörung eine weniger stark ausgeprägte „Normalvariante“ aufweist.

5

## DIAGNOSTIK

- Eine Persönlichkeitsstörung ist eine Klassifikation von festgelegten (Symptom-) Merkmalen, die im ICD-10 oder im DSM-IV-TR, DSM-5<sup>®</sup> aufgeführt sind. Bei der Diagnoseerhebung sind die allgemeinen Diagnosemerkmale und Leitlinien zu berücksichtigen (vgl. u. a. ICD-10, 1991: S. 211).  
Achtung wie reliable und objektiv ist die Diagnose?
- Viele (Symptom) -merkmale stellen extreme Ausprägungen von oft universellen Verhaltensweisen (Persönlichkeitsmerkmal!?) dar. Es gibt fließende Übergänge und keine polarisierte (dichotome) Abgrenzung von „normal“ zu „gestört“. Entscheidende Frage: Liegt bei der Person eine gravierende Einschränkung in ihrer Lebensorganisation und der sozialen Integration vor?
- Die diagnostische Beurteilung ist abhängig vom sozialen Kontext. Die Ausprägung der Verhaltensauffälligkeit kann sowohl qualitativ als auch quantitativ sein.
- Personen, bei denen eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde, erachten häufig die Symptommerkmale als „normale“ Eigenschaften, ich-synton (Im Gegensatz zu einer ich-dystonen Auffassung von Symptomen) . Ein Leidensdruck oder eine Veränderungsbereitschaft ist deshalb nicht zu erkennen.

6

## DIAGNOSTIK

- In den beiden diagnostischen Systemen DSM-IV/V und ICD-10 werden kategoriale und dimensionale Klassifikationsformen kombiniert. Einem Patienten werden bestimmte Eigenschaften (qualitativ) zugeordnet. Gleichzeitig wird durch die Anzahl der Eigenschaften das Vorliegen (quantitativ) einer Persönlichkeitsstörung und der Schweregrad ermittelt. Diese Art der Diagnostik weist Lücken im Krankheitsmodell auf. Ab ICD-11 möglicherweise eine Quantifizierung der Störungen?
- **Paradigmatische Diagnostiksysteme** lassen Hypothese über die Krankheitsentstehen und den Verlauf zu, sind aber an ein Theoriegebäude gebunden.  
Zum Beispiel:
  - Die psychodynamische Strukturtheorie der Persönlichkeitsorganisation (Kernberg, 1984)
  - Die interpersonelle Diagnostik der Persönlichkeitsstörung als interaktionelle Störung (Sullivan, 1953 [dt. 1980], Benjamin, 1993, Fiedler 2001)
  - Modell der doppelten Handlungsregulation (Sachse, 1998, 2003)
  - Schema- und Moduskonzept der Schematherapie (Young, [dt. 2004] Roediger 2011)

7

## DIAGNOSTIK

- Problem in der klinischen Praxis:
  - Patienten weisen häufig eine Persönlichkeitsakzentuierung auf.
  - Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung (PS) weisen häufig eine komorbide Störungsform auf.
- Kategoriale Einteilung der Persönlichkeitsstörungen in Clustern  
Die American Psychological Association (APA) ging in den letzten Jahren dazu über, Persönlichkeitsstörung, so wie sie im DSM-IV-TR, DSM-5® und ICD-10 beschrieben werden, in Cluster einzuteilen:

### **Cluster A Persönlichkeitsstörungen, DSM-5®: 889**

**Paranoide** (Prävalenzrate; PR: 4,4%, bezogen auf die Allgemeinbevölkerung; ICD-10: F60.0 und DSM-5: 889)

**Schizoide** (PR: 3,1% zitiert nach Pukrop, 2007 unveröffentlichtes Skript; ICD-10: F60.1 und DSM-5: 894)

**Schizotyp** (RR: 1,8%; ICD-10: F 21 oder DSM-5: 898)

Kategorisiert wurden die Störungsformen, die mit den Attributen

- **sozial zurückgezogen**
- **emotional ausdruckslos**
- **misstrauisch**
- **seltensam und exzentrisch**

...umschrieben sind.

8

## DIAGNOSTIK

### Cluster B Persönlichkeitsstörungen: DSM-5®:

<b>Histrionische</b>	(PR: 1,8%; ICD-10: F60.4 oder DSM-5: 914)
<b>Narzisstische</b>	(PR: 0,2%; ICD-10: F60.8 oder DSM-5: 918)
<b>Emotional – instabile (borderline-Typ)</b>	(PR: 1,1%; ICD-10: F60.30 oder DSM-5: 908)
<b>Emotional – instabile (impulsiver-Typ)</b>	(PR: ./.; ICD-10: F60.31 nicht im DSM-5)
<b>antisozial (dissozial)</b>	(PR: 3,6%; ICD-10: F60.2 oder DSM-5: 903)

Demnach werden in Cluster B die Störungen aufgeführt, die **expressives und/oder dramatisches Verhalten, polarisiert – launenhaft affektive Schwankungen** ...aufweisen.

### Cluster C Persönlichkeitsstörungen: DSM-5®:

<b>ängstlich – vermeidende</b>	(PR: 2,4%; ICD-10: F60.6 oder DSM-5: 922)
<b>dependente</b>	(PR: 0,5%; ICD-10: F60.7 oder DSM-5: 926)
<b>zwanghafte</b>	(PR: 7,9%; ICD-10: F60.5 oder DSM-5: 931)

In Cluster C werden Störungen aufgeführt, die ein **ängstliches – furchtsames, fremdorientiertes Verhalten ausdrücken.**

9

## DIAGNOSTIK

Persönlichkeitsstörungen können sich in unterschiedlichen Bereichen manifestieren:

- affektive und emotionale Verhaltensmerkmale
- spezifische Denkinhalte
- (dys)-funktionale Denkmuster
- einem veränderten Beziehungsverhalten

**Welche Bedeutung hat dies für die Behandlung und auf die Auswahl von Behandlungsmethoden?**

### **Wesentlich für eine Psychotherapie:**

Behandlung von Personen mit einer Persönlichkeitsstörung ist erstrangig eine therapeutische Beziehungsarbeit!

10

## ÄTIOLOGIEMODELL PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG UND SOZIALE GRUNDBEDÜRFNISSE



## Ätiologiemodell am Beispiel der Schematherapie nach Jeffrey Young

### **Grundannahmen über die menschliche Gesundheit:**

- Die „Triebfeder“ menschlichen Handelns beruht auf elementaren psychischen-sozialen Grundbedürfnissen.
- Young benennt fünf Grundbedürfnisse (später Schemadomänen):
  - Sichere Bindung an andere (Sicherheit, Stabilität, nährende Zuwendung und ein Gefühl, akzeptiert zu werden)
  - Autonomie, Kompetenz und Identitätsempfindung
  - Kontrollvermögen und das Vorhandensein realistischer Grenzen
  - Freiheit in der Äußerung von Bedürfnissen und Gefühlen
  - Spontaneität und Spiel

## Ätiologiemodell am Beispiel der Schematherapie nach Jeffrey Young

**These:** Eine psychische Störung entsteht durch

- Nichterfüllung
- Traumatisierung oder Viktimisierung
- selektive Identifikation (mit einer wichtigen Bezugsperson)
- oder die Erfahrung einer Übererfüllung...

**...von sozialen Grundbedürfnissen.**

**Symptome:**

Maladaptive Schemata, neuronale Erregungsmuster werden in bestimmten Situationen durch bestimmte Auslösereize (Trigger) aktiviert.

**Voraussetzung:** Eine Ähnlichkeit des Triggers zu früheren schädigenden Erfahrungen oder Missstände.

Damit verbunden ist eine Aktivierung des begleitenden negativen Affekts.

13

## Vergleich der definierten (sozialen) Grundbedürfnisse entsprechend Young, Grawe und Sachse:

Young (dtsch. 2005)	Grawe (1998, 2004)	Sachse (1996)
1. Sichere Bindung 2. Autonomie, Kompetenz & Identitätsempfindung 3. Kontrollvermögen & das Vorhanden - sein realistischer Grenzen 4. Freiheit in der Äußerung von Bedürfnissen & Gefühlen 5. Spontanität & Spiel  <b>(Bezogen auf Kinder)</b>	1. Bindung 2. Kontrolle (nach innen & außen) 3. Selbstwerterhöhung 4. Lust/ Unlustvermeidung  <b>(Bezogen auf Erwachsene)</b>	1. Verlässliche, sichere Bindung 2. Solidarität/ Unterstützung 3. Akzeptanz (seiner selber willen) 4. Wichtigkeit (eine Bedeutung vermittelt zu bekommen) 5. Autonomie 6. Territorialer Unverletzbarkeit der eigenen Domäne  <b>(Bezogen auf Erwachsene)</b>

## Ätiologiemodell am Beispiel der Schematherapie nach Jeffrey Young

- Symptome sind stark automatisierte Reaktionen. Zu Beginn der Behandlung (un)-bewusst (vgl. Ich-synton).
- Mit der Aktivierung eines maladaptiven Schemas ist oft ein negativer Affekt verbunden.
- Ausgehend von phylogenetischen Überlegungen zur Abwendung lebensbedrohlicher Krisen (drei Krisenreaktionen: Flucht, Erstarrung oder Kampf), definiert Young drei Bewältigungsstile:

**Vermeidung (Flucht)**  
**Sich Fügen (Erstarren)**  
**Überkompensation (Kampf)**

- Kreuzung der drei Bewältigungsstile mit den 18 maladaptiven Schemata.

15

## VT bei Persönlichkeitsstörungen: 2. Behandlungsstrategie, Modelle, Methoden & Techniken



## VT bei Persönlichkeitsstörungen: -ÜBERSICHT-

- 2.1. Merkmale der Problembearbeitung bei dem Patienten
- 2.2. Behandlungsstrategie und Behandlungsverlauf
- 2.3. Beziehungsgestaltung und therapeutische Interventionen auf der Beziehungsebene
  
3. Modell der doppelten Handlungsregulation (Rainer Sachse)
4. Schema Therapie nach Jeffrey Young
5. Ergänzende Methoden und Techniken
6. Schwierige Therapiesituationen und besondere Aspekte

### 2.1. Merkmale der Problembearbeitung des Patienten

Merkmale der Beziehungsdynamik der Therapeut-Patient-Beziehung, die auf Merkmale der Psychodynamik und auf die Art und Weise der Aufrechterhaltung des Störungsgeschehens schließen lassen.

#### **Unterscheidung von drei Ebenen der Problembearbeitung bei dem Patienten:**

1. **Inhaltsebene:** Gesprächsinhalte: Inwieweit umfasst der Gesprächsinhalt die Problematik? Inwieweit kann der Patient Verhaltensmuster erkennen, die ihn in unterschiedlichen Situation ein unangenehmes Erleben aktivieren?
2. **Prozessebene:** Emotionale, kognitive, sprachliche Prozessmerkmale, die entweder zum Aufrechterhalten der Störung, des Problems beitragen. Ggf. aber auch Prozessmerkmale, die eine Ressource darstellen.
3. **Beziehungsebene:** Beziehungsmerkmale, die entweder zum Aufrechterhalten der Störung, des Problem beitragen. Ggf. auch Merkmale, die eine Ressource beschreiben.

## 2.1. Merkmale der Problembearbeitung

### Inhaltsebene

- **Problemrelevanz**

Inwieweit sind die Gesprächsinhalte problemrelevant oder inwieweit führt der Patient mit dem Therapeuten ein „Friseurgespräch“?

- **Problemmodell: Welche Annahmen hat der Patient über die Störung?**

Lässt der Patient bei der Darstellung von Problemaspekten Annahmen über die Zusammenhänge seiner Störung seines Leids erkennen? Inwieweit sind diese Annahmen mit einem therapeutischen Störungsmodell kompatibel?

19

## 2.1. Merkmale der Problembearbeitung

### Prozessebene

#### Konstruktionsfehler im Sinne von Beck (1998)

- Willkürschlüsse
- Selektive Verallgemeinerung
- Übergeneralisierung
- Über oder Untertreibung

#### Persönliche „Tiefe“ der Bearbeitungsweise (Bearbeitungsweise-Skala, BW-Skala, Sachse, 1992)

1. Keine problemrelevanten Inhalte
2. Intellektualisierung
3. Bericht
4. Zuschreibende Bewertung
5. Persönliche Bewertung (Euphemistische Problemdefinition?)
6. Persönliche Bedeutung
7. Explizierung, internaler Determinanten (zum Beispiel soziale Grundbedürfnisse)
8. Persönliche Integration

20

## 2.1. Merkmale der Problembearbeitung

### Prozessebene

#### Weitere einzelne Merkmale:

- Stringenz der Darstellung: Sinnvolle Gliederung, nachvollziehbar, Perspektive des Zuhörers wird berücksichtigt.
- Relevanz der Information für die Störung, für das Problem. Zentralität der Problemaspekte
- Konkrete versus Abstrakte Beschreibung
- Verbindlichkeit der Information: Fortlaufend oder je nach Zusammenhang wechselnd?
- Einschränkung der Verbindlichkeit der Inhalte durch Floskeln, Füllwörter: „eigentlich“, „irgendwie“ usw.
- Konstruktionsfehler: Plausible Verbindungen von Problemaspekten oder Scheinkorrelationen
- Thematische Sperren oder „schwarze Löcher“
- Darstellung der Emotionalität und Ausdruck „überdramatisch“ versus „cool“
- Attributionsstil: Externale versus internale Ursachenzuschreibung von Störungen, Problemen

#### Problemfestigende, desstruktive Problembearbeitung:

- „Lösen“ statt „ Klären“.
- Simultane Problembearbeitung mehrerer (inhaltlicher) Problembereiche
- „Schaukeln“ und schnelles „Wechseln“ zwischen unterschiedlichen Problemthemen

21

## 2.1. Merkmale der Problembearbeitung

### Prozessebene

#### Reaktion auf Interventionen

(Kein) Bemühen auf eine Intervention einzugehen.

Gibt eine Antwort auf eine Frage, die der Therapeut nicht gestellt hat.

Antwortet unbeteiligt, ohne eigenen Bezug

„Plausibilitätsfalle“. Explizite und/oder implizite Konstruktion, dass ein Zusammenhang als Bedingung gesetzt ist.

22

## 2.1. Merkmale der Problembearbeitung

### Beziehungsebene

#### Soziale Grundbedürfnisse

Signalisiert der Patient durch sein Verhalten ein besonderes soziales Bedürfnis?

- Beziehung: fürsorglich-nahe Beziehung, Aufmerksamkeit, Wichtigkeit, Verbindlichkeit, Sicherheit hinsichtlich seiner territorialer Grenze
- Selbstverwirklichung, Autonomie, Leistungsverhalten

#### Positive und negative Rückmeldung

- offenes oder verdecktes Lob, als Kontrollversuch die Beziehung zu kontrollieren, Nähe herzustellen.
- offene oder verdeckte Kritik, als Kontrollversuch die Beziehung zu kontrollieren, Distanz herzustellen.

#### Image

Welches Bild vermittelt der Patient in der Beziehung (vgl. Imagestrategien)

#### Appelle

Was möchte der Patient vom Therapeuten? Welche Appelle vermittelt er verbal-linear und non-verbal in seinem Ausdruck? (vgl. Appell-Strategien)

23

## VT bei Persönlichkeitsstörungen: 2.2. Behandlungsstrategien

1. **Therapeutische Beziehungsarbeit** (Komplementäre Beziehungsgestaltung („Nachbeelterung“), „Beziehungskredit“, empathische Konfrontation, etikettieren von dysfunktionalen Verhaltensmustern [-modi]), Krisenintervention

### 2. Klärungsorientierte Arbeit

- **Problem-/symptomorientierte Klärung**
- **Diagnostik der Schemastruktur, Moduszyklus**  
(Methoden: Biographiearbeit, Verlaufsbeobachtung „Beziehungsverhalten“, schematherapeutische Fragebögen, etikettieren von dys. Verhaltensmustern, psychoedukatives Fallkonzept u. a.)
- Emotionale, erlebnisorientierte Schemaaktivierung  
(Methoden: emotionsaktivierende Gesprächsführung, Imaginationsarbeit, „Stühlearbeit“/EPR, Protokoll/Tagebuch, Motivationsarbeit, u. a.)

### 3. Veränderungsarbeit

- Motivationsarbeit: Aufbau einer Veränderungsmotivation. Auch Intentionsbildung („Willenskraft“) zur Veränderung
- Im Sinne der ST: Sog. „gesunder-erwachsener Modus“
- **Aufbau eines meta-kognitiven Verstehens und Selbststeuerns**  
(Methode: Ressourcendiagnostik und –aktivierung, Imaginationsarbeit, „Stühlearbeit“/EPR, kognitive Methoden).

24

## 2.3. Therapeut-Patient-Beziehung



## 2.3. Therapeut-Patient-Beziehung

### Therapeut

:

### Explizite Beziehung

- Versprachlichung
- Wertschätzung/empath. Konfrontation

### Nähe

- Sympathie, fördernd- und unterstützend
- Komplementäre B. „Nachbeelterung“
- Wertschätzung, „Beziehungskredit“

### Balance

### Distanz

- Antipathie
- Empathische Konfrontation
- Etikettieren dysfunktionale Verhaltensweisen (-Modi)

- Emotionales Erleben
- Verstehen des Gemeintem
- Miterleben

### Implizite Beziehung

26

## 2.3. Therapeutische Strategien bei der Beziehungsgestaltung

- **Nachbeelterung**“ der Patienten innerhalb der Therapeut-Patient-Beziehung:  
**Innerhalb der Beziehung** → Erleben von
  - Sicherheit
  - Verlässlichkeit
  - Erwartbarkeit
  - Und - wesentlich – tröstgebend (in sensu Young, 2005, Roediger 2009).
- **Komplementäre Beziehungsgestaltung** (in sensu Casper, Grawe, Sachse 1996) zu den sozialen Grundbedürfnissen (... im Gegensatz dazu, sich auf Manipulationen einlassen.)
- Aufbau von „**Beziehungskredit**“: Wesentlich als Grundlage für die spätere Explizierung wichtiger Beziehungsmotive/Schemata und einer Bearbeitung dysfunktionaler Bewältigungsmodi, der interaktionellen „Spielstrukturen“ (Sachse, 1997).
- Balance halten und ausbilden (Roediger, 2009) zwischen einer tröstenden – unterstützenden Haltung/ Interventionen und andererseits **empathisch-konfrontativen Interventionen**.
- Emotionsfokussierte Arbeit: u. a. **emotionale Diversität** - Gefühlsvalidierung

27

### 2.3.1. Komplimentäre Beziehungsgestaltung Reparenting („Nachbeelterung“)

- Komplimentäre Beziehungsgestaltung (Casper; Grawe u.a. 1996); Reparenting (Young, dtsh. 2004)
- Konzept zur therapeutischen Beziehungsgestaltung, um in der Kindheit frustrierte oder traumatisierte soziale Bedürfnisse in der Therapeut-Patient-Beziehung erlebbar zu machen und in der Therapeut-Patient-Beziehung unerfüllte soziale Bedürfnisse zu befriedigen.
- Annahme: In der Kindheit „verletzte“ soziale Grundbedürfnisse, bleiben auch im Erwachsenenalter implizite zentrale Handlungsmotive. Hierdurch ist das soziale Verhalten des Patienten bestimmt.
- Ziel: Der Patient soll zunächst in der Thera.-Pat.-Beziehung eine Befriedigung der frustrierten Bedürfnisse erfahren, um dann das aktuelle zentrale Motiv, ausgehend von der Frustration/Traumatisierung in der Kindheit, verstehen, aktuell reflektieren, um dann schließlich einen verantwortungsvollen Umgang mit seinem sozialen Bedürfnis zu lernen.

28

## 2.3.2. Emotionsfokussierte Arbeit (Interventionen)

- **Emotionsfokussierte Arbeit als Grundlage,**
  - um den Patienten an seine (authentische) Motivebene und sozialen Grundbedürfnisse heranzuführen.
- Beispiele:
  - Was spüren [fühlen] Sie jetzt?“ „Was kommt gerade in Ihnen hoch?“
  - „Lassen Sie das Gefühl, das gerade entsteht, einmal zu?“

Explizierung durch Ansprechen des Gefühls oder der emotionalen Körperreaktion:

  - „Ich merke, Sie werden traurig... Wie fühlt sich das gerade an?“
  - „Ich sehe, dass in Ihren Augen Tränen kommen. Was spüren Sie jetzt gerade?“
- **Komplementäres emotionales Erleben** fokussieren (Beginn der Veränderungsarbeit!) Ziel: Wahrnehmen verdeckter Gefühle und sozialer Grundbedürfnisse:
  - „Was ist da noch für ein Gefühl?“ „Was steckt hinter dem Ärger?“
  - Traurigkeit, Einsamkeit → Ärger, Wut, Bedürfnis nach ... (z. B. Bezieh.)
  - Ärger, Wut → Traurigkeit, Bedürfnis nach ... (z. B. Verlässlichkeit)
  - Angst → Ärger, Bedürfnis nach ... (z. B. Sicherheit)

Beispiel: „Was spüren Sie noch?“ „Was ist da noch für ein Gefühl?“

29

## 2.3.2. Emotionsfokussierte Arbeit (Gefühlsvalidierung)

- Explizierendes, wertschätzendes Benennen von Gefühlen oder körperlichen Gefühlsreaktionen. Dies bedeutet eine Emotionsfokussierung und ggf. eine Exposition aversiver Gefühle. Ziel:
  - Den Patienten vermitteln, dass seine subjektive Sicht der Dinge für ihn stimmig und daher nachvollziehbar ist (Link zur „Motivebene“)

**‘Insbesondere’**

  - Achtsamkeitsarbeit und damit Fokussierung der Aufmerksamkeit auf das emotionale Geschehen (Impulse und Reaktionen)

**‘Und’**

  - Eine Aufhebung der Invalidierung, die durch Bezugspersonen oder Peers stattgefunden hat oder noch stattfindet. (Pathologischer Faktor bei PS!)
- Praktisch: Ansprechen von Emotionen oder Körperreaktionen, die implizit ein emotionales Erleben vermitteln, aber nicht explizit ausgesprochen werden. Beispiele:
  - „Was spüren Sie?“ [Ärger] „Was kommt jetzt bei ihnen hoch?“ [„Klos im Hals“] „Es ist völlig okay, wenn Sie Ärger empfinden?“ [Zeitgeben und fokussieren auf das Gefühl] „Wo spüren Sie den Ärger noch?“
- Validierungsfall: Bagatellisierung von Gefühlen, -reaktionen, Trösten und alles, was das Gefühlserleben hindert.

30

### 2.3.3. Konfrontative Interventionen

- **Konfrontation:**
  - **Empathische Konfrontation** (Young, 2005)
  - Achtung! Konfrontationen „**buchen**“ Beziehungskredit! (Sachse, 2010, 129)
  - Unterteilung: „**harte**“ und „**weiche**“ **Konfrontationen**
  - Formel: So hart wie möglich und so weich wie nötig!
- Härtestufen“ von Konfrontation (Sachse, 2010, 129)
  1. Konfrontation mit den „Kosten“, Nachteile seines Handelns, seiner Strategie. (Die Nachteile seines dysfunktionalen Bewältigungsmodi benennen.)
  2. „Kosten“ relevant machen (Den Klienten auf die Inkongruenz aufmerksam machen, die zwischen seinen [authentischen] Bedürfnissen und seines dysfunktionalen Bewältigungsmodi besteht.)
  3. Klient verursacht „Kosten“ (Intervention, die auf eine internale Attribuierung der „Kosten“ abzielt. Voraussetzung für Veränderung)
  4. Konfrontation mit den dysfunktionalen Modi, der Spielstruktur (mit Imageaspekten und Appellen)
- ... und **Mut zur Konfrontation**, denn ohne Konfrontation keine Veränderung!!!

31

### 2.3.3. Beziehungsgestaltung: Empathische Konfrontation

- **Leitenden Frage für die Intervention:**
  - Wie kann eine Konfrontation gestaltet werden?
- **Dialektische Behandlungsinterventionen:**
  - Zunächst das eigene Erleben in der Th.-Pat.-Beziehung zum Ausdruck bringen, um dann auf das
    - soziale Grundbedürfnis,
    - die Konsequenz
    - die dysfunktionale Bewältigungsstrategie oder
    - die Ressource zu sprechen zu kommen.
  - **Samurai – Technik** (Roediger, 2010; Malat 1985):  
Prinzip: „*Ich habe das Gefühl, aber meine Erfahrung sagt mir etwas anderes.*“
  - Ein **Ambivalenz-Erleben** empathisch-konfrontativ thematisieren  
(z. B. „*Ich möchte Ihnen ja gerne glauben, dass Sie ... Aber mein Wissen sagt mir, dass Ihre geröteten Augen dafür sprechen, dass Sie am Wochenende getrunken haben.*“)
  - Konfrontationen als **Hypothese** oder als Frage formulieren:  
„Mir erscheint...“ oder noch vorsichtiger „Korrigieren Sie mich, wenn ich mich irre ...“

32

### 2.3.3. Beispiele (weitere dialektische Behandlungsinterventionen)

- „Ich habe das Gefühl, dass Sie sich von mir sehr gezwungen fühlen, sich Ihre Angst anzuschauen, [oder sich fühlen, sich deutlich ausdrücken zu müssen etc.] Die Realität ist aber, dass sie in Ihren Entscheidungen völlig frei sind. Die Realität ist aber auch, dass Sie in Ihrer Angst stecken bleiben, wenn Sie sich nicht Ihre Angst anschauen.“
- „Wenn Sie sprechen spüre ich, wie Sie Ihre Angst/Erschöpfung ausdrücken. Ich habe Verständnis, dass sie sich total viel Mühe geben, Ihrer Angst Ausdruck zu verleihen. [Schematherapeutisch erscheint ein Link in die Vergangenheit so früh wie möglich angezeigt.] Ich glaube, dass es in der Kindheit total wichtig für Sie war, Ihrer Angst starken Ausdruck zu verleihen. Heute müssen Sie sich aber nicht mehr fürchten. Es gibt hier keine Sache, die sie bedroht.“
- Ich [als Therapeut] kann die Seite gut verstehen, die [emotionaler bedürftiger Ausdruck] um gesehen zu werden, weil Sie als junger Mensch damals in der Kindheit nicht gesehen wurden. Wenn aber heute diese Seite von Ihnen [Modus] kommt, fühle ich mich überfahren. ... und das distanziert mich von Ihnen.“
- Ich merke, wenn Sie sehr ärgerlich werden oder sehr aufgebracht sind. Ihr Gefühl nehme ich sehr ernst. Aber in dem Moment, wie Sie jetzt reagieren merke ich, dass ich mich von Ihnen distanzieren [oder unsicher, ärgerlich etc. werde]. Ich spüre bei mir eine Ambivalenz Ihnen einerseits helfen zu wollen, andererseits mich von Ihnen zu distanzieren.
- „Ich weiß, dass sich das für Sie total schwierig anfühlt. Ich respektiere Ihre Angst. Aber wem wollen Sie gegenüber sagen, ich kann nicht?“ Und dann nach einer Antwort der Patientin: „Die Wahrheit ist, dass Sie heute frei sind. Genau das ist es, was Sie als junges Kind sein möchten, nämlich frei. Das ist es, um was es

33

### 2.3.4. Beziehungsgestaltung: Krisenintervention

#### Definition Krise:

Zuspitzung eines Prozesses, der in einen instabilen Zustand führt und damit einen Verlust oder eine Einbuße von Kontrolle mit sich bringt. Charakteristisch ist, dass bei dem Betroffenen keine oder nur eingeschränkte (Krisen-) Bewältigungsstrategien (Coping) zur Verfügung stehen. Findet eine psychische Stabilisierung statt, geht diese, mit einem Wendepunkt einher.



Katharina Fritsch: Mann und Maus

## 2.3.4. Beziehungsgestaltung: Krisenintervention

### Definition und Merkmale von Krisensituation

- Emotional-affektiv
  - Reizüberflutung, Impulsdurchbruch
  - Eingeschränkte (meta) -kognitive Steuerung des Affekts, Angst, Aggression
  - Aufschaukelungsprozesse („positive Rückkopplung“)
- kognitiv:
  - Prozesse: dysfunktionale kognitive Denkmuster (in Sinne von A.E. Beck 1989)
  - Einstellungen: Selbstkonzept („Image“); „Innere Begrenzer“ und „Antreiber“
  - mangelnder/kein Realitätsbezug mit der Folge einer gedanklichen Einengung.
- beziehungsorientiert - sozial:
  - Der Ausdruck und die Intentionen eines anderen werden kognitiv-verzerrt. Die Beziehung wird unangemessen eingeschätzt.
- Bewältigungsmodi (Coping)
  - Emotional-distanzierende Strategien; lageorientiert-erduldende; überkompensierende Bewältigungsmodi. Besonderheit: Verringerte Flexibilität im Handeln. Einengung im emotionalen und kognitiven Prozess und es werden kurzfristige vor langfristigen Bewältigungsformen gewählt.

35

## 2.3.4. Beziehungsgestaltung: Krisenintervention

Wesentlich bei Interventionen der Krisenbewältigung ist, den Patienten in seiner psychischen Situation zu stabilisieren. **Achtung!** Unterscheidung zum therapeutischen Arbeiten: Voraussetzung: Therapeut braucht ein Störungsmodell und Wissen, was ihn stabilisieren würde, was er „braucht“. Häufig ist eine komplementäre Beziehungsgestaltung zu seinen sozialen Grundbedürfnissen eine Hilfe (Sachse, 1996, 2001; Grawe, 1998).

### Krisen vor dem Hintergrund einer besonderen Persönlichkeitsakzentuierung:

- Krisen bei Patienten mit **Cluster-A-Störungsanteilen**: Problem der hohen Distanz, des hohen Misstrauens und dysfunktionalen Überzeugungen. Zum Beispiel: „Kein anderer kann mich trösten, mir helfen oder mich verändern“. Hohes Bedürfnis nach Autonomie, distanzierter Beziehung (Schutz) und geringe Möglichkeit der Konfrontation.
- **„Narzisstische Krisen“**: Oft durch mangelnde Berücksichtigung der Person oder Zurückweisung des Anspruchs „wichtig“ zu sein. Überkompensierende Bewältigungsmodi, Manipulation des Therapeuten: Therapeut (100% solidarisch) und als Beschützer gegenüber der feindlichen Welt.
- **„Dissoziale Krisen“**: Wie narzisstische Krisen! Jedoch ist das Bewältigungsverhalten ausgeweitet und umfasst insbesondere fremdschädigende Bewältigungsmodi.

36

## 2.3.4. Beziehungsgestaltung:

### Krisenintervention

- Krisen bei Patienten mit **vermeidenden** Störungsanteilen: Im Gegensatz zu Cluster-A, um Beziehung und Sicherheitserleben in der Therapeut-Patient-Beziehung bemüht. Strategie: kurzfristig Sicherheit, später Konfrontation und Aufbau einer Angsttoleranz und Autonomie.
- Krisen bei Patienten mit **dependenten** Störungsanteilen: „Schneewitschen-Image“. Krise in der Therapeut-Patient-Beziehung, wenn der Therapeut zu wenig Verantwortungsübernahme „liefert“. Herausforderung: „Balance“ zwischen Unterstützung und autonomisierenden Interventionen.
  - Krisen bei Patienten mit **zwanghaften** Störungsanteilen: Starke Fokussierung auf störungsbedingte kognitive Schemata, vor dem Hintergrund der Angstvermeidung. Meinung als Wahrheit. Gefahr des Diskutierens.
  - Krise bei **emotional-distanzierten Störungskomplexen**: Häufig gemischte Störungsanteile aus Cluster A, B und C. Problem, eine emotionale Dimension (Angst, Aggression/Wut oder Traurigkeit) dominiert oder emotional dissoziiert, bzw. distanziert. Komplementäre, sicherheitgebende Beziehungsgestaltung, Integration von distanzierten emotionalen Erleben.
  - Krise bei einem **komorbiden Geschehen**: Fast alle Patienten weisen ein komorbides Geschehen auf.
  - Krise bei einer **Persönlichkeitsproblematik und Sucht**. Funktion des Suchtmittels beachten! Häufig besteht eine Einengung der Zielsetzung, „Machen Sie mir mein unangenehmes Gefühl

37

## 3. Modell der Doppelten Handlungsregulation (MDHR) Rainer Sachse

1. Modell und Konzeption der PS
2. Kontrollstrategien, Manipulationen und Image- und Appellstrategien
3. Klärungsorientierte Gesprächsführung (Bearbeitungsweise Skala)
4. Einpersonenrollenspiel (EPR)



38

### 3.1. Modell der Doppelten Handlungsregulation (MDHR)

#### Annahme:

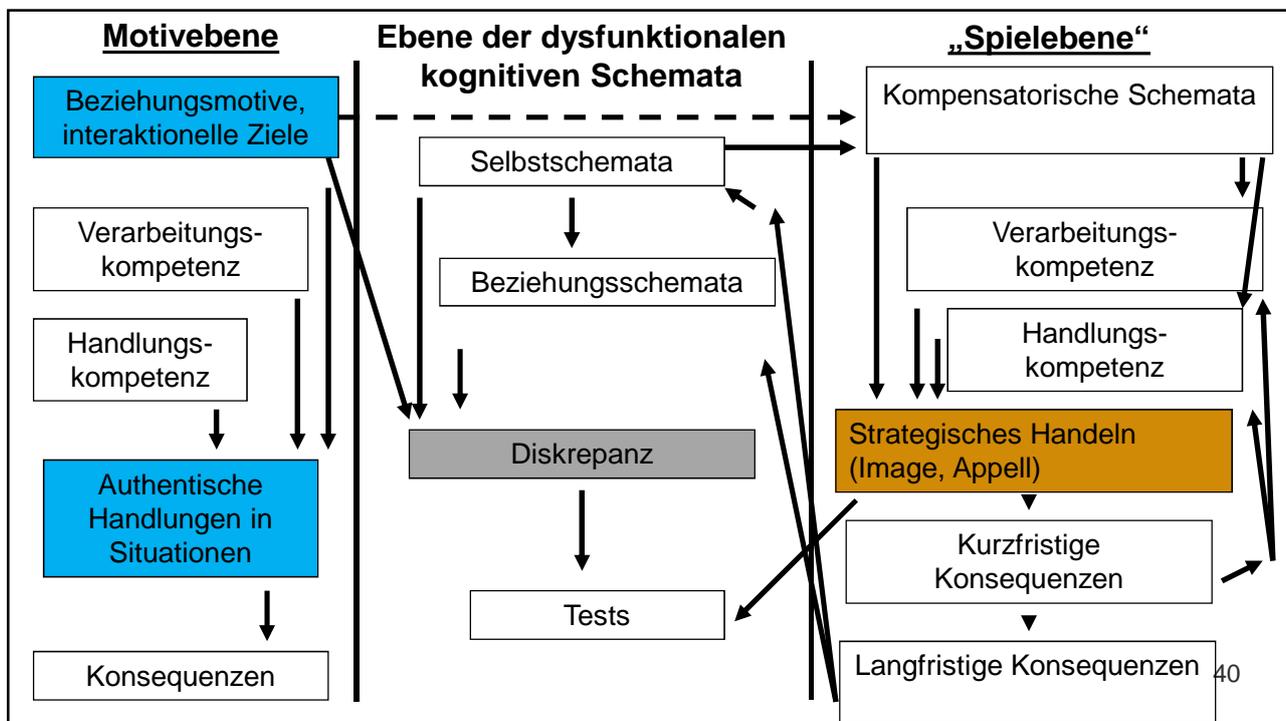
- Persönlichkeitsstörungen sind im Kern „**Beziehungsstörungen**“ (siehe unten!!)
- **doppelte Handlungsebene** → **doppelte Handlungsregulation**:
  - authentische Motivebene: (u.a. interaktionelle Grundbedürfnisse)
  - sog. „Spielebene“ (strategische Handlungsebene, „Dilemmalösung“)
- **Dysfunktionale Kognitive Annahmen (Schemata)** über sich und über interaktionelles Handeln bilden den „Kern“ einer PS.
- Unterscheidung: Nur die „reinen“ PS sind „reine“ Beziehungsstörungen

**„Reine“ PS: Nähe Störung:** Selbstunsichere, dependente, narzisstische und histrionische PS.

**Distanz Störung:** Passiv-aggressive, schizoide, paranoide und zwanghafte PS.

**„Hybrid“ PS:** Emotional-instabile PS, schizotype PS und antisoziale PS.

39



## 3.2. Kompensierende Bedürfnisbefriedigung (Manipulation):

- Strategische Handlungsweisen auf der „Spielebene“ zur Interaktionskontrolle
- **Positive Kontrolle:** Lob, positive Emotionalität, Nähe:
  - **Beispiel:** Ein Patient betont gegenüber seiner Therapeutin wiederholt, wie gut er Kuchen backen kann. In einer darauf folgenden Stunde bringt er ihr - unabgesprochen – einen Kuchen mit. Ferner gibt er ihr häufig „Tipps“ für ein preiswerteres Leben.
- **Negative Kontrolle:** Kritik, Aggressivität, negative Emotionalität, Distanziertheit.
  - **Beispiel:** Eine Patientin vermeidet die Aufgaben (z. B. ABC-Schema) zwischen den Sitzungen. Als der Therapeut sie hierauf anspricht, reagiert sie verwundert und erstaunt.
- **Imagespiele:** Handlungsstrategien zur Imagebildung
- **Appell-Spiele:** Das Gegenüber soll zu bestimmten dienlichen Handlungen oder Leistungen gebracht werden, die im Zusammenhang mit dem Image des anderen stehen.

41

## 3.2. Image-Strategien (im Sinne von Sachse 1997, 2001)

**„Armes Schwein“ – Image:** („Ich bin ein „Scheißetreter“)

**Klagestrategie:** Der Patient stellt dar, dass er es besonders schwer hat, schwerer als anderer und er hatte es immer schwerer als anderer.

**Ziel:** Lob über Anteilnahme, Kritik vermeiden, Wertschätzung. Manipulation

**Appelle können sein:**

- > Solidarisiere Dich mit mir (gegen einen anderen)!
- > Werte mich nicht ab, obwohl ich so eine schlimme Straftat begangen habe, ich bin das eigentliche „arme Schwein“, nicht das „Opfer“.
- > Erledige die Sache für mich, helfe mir!  
(z. B. Intention „ich will hier raus.“)
- > Kritisiere mich nicht!

**„Mords – Molly“ – Image:** Werbestrategie ganz toll zu sein. Therapeut wird als „VIP-Berater“ angesehen.

Auch drohende Werbestrategie: Der Patient versucht durch vorgetragene Appelle die Regeln des sozialen Miteinanders zu bestimmen und nimmt dabei einen „VIP – Status“ ein.

**Ziel:** Erfolg durch Macht und Kontrolle, Anerkennung Wertschätzung.

**Appelle können sein:**

- > Wir kommen (nur) dann miteinander klar, wenn Du meine Regeln akzeptierst!
- > Biete mir was an!
- > Bewerte mich niemals defizitär!
- > Dringe nicht in mein Refugium ein! Ich entscheide, ob ich Dich einlasse!
- > Ich habe in der Subgruppe eine herausragende Position und verhalte mich Dir gegenüber auf Augenhöhe,

42

### 3.2. „Märtyrer“ - Image (im Sinne von Sachse 1997, 2001)

**Klagestrategie:** Der Patient stellt dar, dass er es sehr schwer hatte und er sich für andere aufopferte, damit die es besser oder leichter hatten.

**Ziel:** Lob über mitleiderweckender Anteilnahme, Leistung beim Gegenüber erzeugen.

**Appelle können sein:**

- > Hilfe mir jetzt, ich opfere mich für Dich oder für andere auf!
- > Nehme mich wichtig und gib mir Dankbarkeit!
- > Erkenne meine Leistung an (damit ich mich anerkennen kann)!
- > Zeige Dich erkenntlich, weil ich mich für Dich aufopfere!

„Opfer der Umstände oder anderer Personen“, „Buhmann“ – Image Klagestrategie, Patient wurde oder ist besonders benachteiligt. Hierdurch wurde er in seiner Entwicklung zwangsläufig eingeschränkt.

**Subgruppen – Image (z. B. „Knacki“ – Image):**

**Behauptungsstrategie:** Der Patient stellt sich als jemanden dar, der zu einer gesellschaftlichen Subgruppe gehört und deshalb etwas besonderes ist. Hierdurch leitet er für sich Rechte, Gewohnheiten oder besondere Ansprüche ab.

**Ziel:** Autonomie-, Kontrolle und Machtstreben in der Gesamtgruppe.

**Appelle können sein:**

- > Lasse mich mit unangenehmen Dingen in Ruhe!
- > Dringe nicht in mein Refugium ein!
- > Mache mir keinen Stress oder Druck!
- > Ich (oder wir) haben unsere eigenen Regeln und wir ordnen uns Deinen (bürgerlichen) Normen und Regeln nicht unter!

43

### 3.2. Appell-Spiele oder -strategien sind:

**Solidarisierungsappell:**

Der Appell geht von dem Patienten an den Therapeuten sich gegen einen anderen mit ihm zu solidarisieren.

**Verfügbarkeits- oder Leistungsappell:**

Der Appell richtet sich an den Therapeuten, ihn besonders wichtig zu nehmen, ihm besonders viele Ressourcen einzuräumen.

**Dornröschenappell:**

Der Appell geht an den Therapeuten als Retter, Befreier, Problemlöser oder Erlöser zu fungieren.

... und weitere Appellstrategien.

44

### 3.3. Klärungsorientierte Gesprächsführung

#### Bedeutungsstrukturen von Patientenäußerungen: BW- Skala

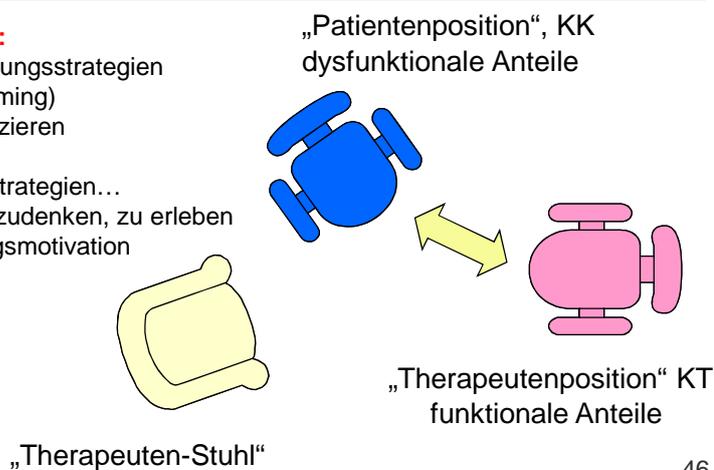
- Die therapeutische Klärung von inkongruenten Motivstrukturen, Normen und Einstellungen, von emotionalen Reaktionen oder von Tatmotiven setzt beim Patienten eine Fokussierung der Aufmerksamkeit auf das innere Bezugssystem des Patienten voraus.
- Sachse (1991) geht davon aus, dass ein Therapeut den Klärungsprozess durch steuernde Interventionen beeinflussen kann (Steuerungshypothese). Hierbei sollte durch eine aktuelle Emotionalisierung („gefühlte Bedeutungen“) ein Klärungsprozess entstehen, mit dem Ziel, eine Motivklärung zu erwirken, Inkongruenzen aufzulösen oder einen Bezug zu seinem motivationalen und emotionalem Status herzustellen. Die sog. BW-Skala gibt eine Orientierung, ob eine Intervention eine Vertiefung oder Verflachung zur Folge hat.
- Intervention: Emotionale Klärung erfolgt häufig durch ein Erleben des Körperempfindens, deshalb nach Körpersensationen fragen.

45

### 3.4. „Stühlearbeit“, „Einpersonenrollenspiel“ (EPR) (Rainer Sachse, 2006, 2011)

#### Veränderungsmethode zum Zweck:

- Erkennen dysfunktionaler Bewältigungsstrategien
- Kognitive Umstrukturierung (Reframing)
- Schemata, Bedürfnisse zu differenzieren
- Ressourcen zu aktivieren
- Aufbau funktionaler Bewältigungsstrategien...
  - und diese konsequent durchzudenken, zu erleben
  - und Aufbau von Veränderungsmotivation



46

## 4. Schema Therapie nach Jeffrey Young

### 1. Modell und Konzeption

### 2. Imaginationsarbeit

### 3. Stühle- oder Modusarbeit

### 4. Impact-Technik



## 4.1. Schematherapie: Keimzellen & Kennzeichen

- **Verhaltenstherapie der dritten Welle“ (Hayes, 2004)**
  - Ansatz der „dritten Welle“ der VT („Soziale Grundbedürfnisse“ gem. Grave)
  - Beginn, frühe 90er Jahre; Mitarbeiter von A.T. Beck (New York) u.a. Jeffrey Young, Mervin Smucker
  - Modellannahmen und therapeutische Handlungsstrategien
    - Psychologisch und neurobiologisch begründet (u. a. Bowlby, 1969)
    - Schulen übergreifend, integrative Konzepte
    - Methode und Techniken (tiefenpsychologische, humanistische: gestalt-, gesprächspsychotherapeutisch, transaktionsanalytische PT)
- **Entwicklungsstufen**
  - Jeffrey Young (dtsch. 2005, Klosko, J. S. & Weishaar, M. E.)
    - 1. Entwicklungsstufe, Schemamodell
    - 2. Entwicklungsstufe, Modusmodell(e)
- **Keimzellen (Europa)**
  - Eckhard Rödiger (FFM) tiefenpsychologisch geprägtes „Moduskonzept“
  - Arnoud van Arntz, Hannie van Genderen, David Bernstein (Maastricht) „Holländisches Konzept“ 48
  - Lukas Nissen, Michael Sturm (Basel) „Emotionaler Resonanzraum“

## 4.1. Schemamodell (1. Entwicklungsstufe)

Ausgehend von den fünf Grundbedürfnissen benennt Young fünf Schemadomänen (vgl., 2005, Seite 96ff).

1. **Abtrenntheit und Ablehnung** (Disconnection and Rejection)
2. **Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung** (Impaired Autonomy and Performance)
3. **Beeinträchtigungen im Umgang mit Begrenzungen** (Impaired Limits)
4. **Fremdbezogenheit** (Other-Directedness)
5. **Übertriebene Wachsamkeit und Gehemmtheit** (Overvigilance and Inhibition)

Hiervon differenziert wurden neunzehn maladaptive Schemata („Lebensfallen“)

Verlassenheit/ Instabilität	Misstrauen/ Missbrauch	Emotionale Entbehrung	Unzuverlässigkeit/ Scham	Streben nach Zustimmung und Anerkennung (Beachtung suchen)
Unattraktivität (Roediger; 2008)	Abhängigkeit/ Inkompetenz	Anfälligkeit für Schädigung /Krankheit	Verstrickung/ Unentwickeltes Selbst	Soziale Isolation/ Entfremdung
Anspruchshaltung/ Grandiosität	Unzureichende Selbstkontrolle/ Selbstdisziplin	Unterwerfung/ Unterordnung	Selbstaufopferung	Versagen
Negativität/ Pessimismus	Emotionale Gehemmtheit	Überhöhte Standards	Bestrafen/ Bestrafungsneigung	

49

## 4.1. Ziel: Der Schematherapie in der Behandlung

- Aktuell: Dysfunktionale Verhaltensmuster, „Lebensfallen“ (maladaptive Schemata) und disfunktionale (Bewältigungs-)modi Symptomgeschehen erleben, spürbar machen.
- Deren Ursprung in der Kindheit und Jugend erkennen und (wieder-)erleben, aushalten und akzeptieren können.
- These: Schematherapie ist Arbeit in der Biographie, Arbeit an der biographischen Person. In der Therapie ist zu erfahren, was „das Kind“ in der Kindheit mitgemacht hat.
- Deren Bedeutung und Wirkung für das heutige Leben erkennen und verstehen  
- Störungsmodell → Moduskonzept
- Meta-kognitiv, emotionale und intentional Veränderung an den dysfunktionalen Modi und schließlich an den „Lebensfallen“ vornehmen.

50

## 4.1. Deshalb ist das Ziel in der ST ...

### Ziel: Herausbildung des „Modus des gesunden Erwachsenen“

„Reflects on himself and his situation in a balanced, realistic manner. Is aware of his needs and feelings.

...patients in the healthy adult mode can Acknowledge the part of themselves that is scared or has concerns about the future.“

(D. Bernstein & E. v. d. Broek, 2009)



## 4.1. Funktionen des GE-Modus

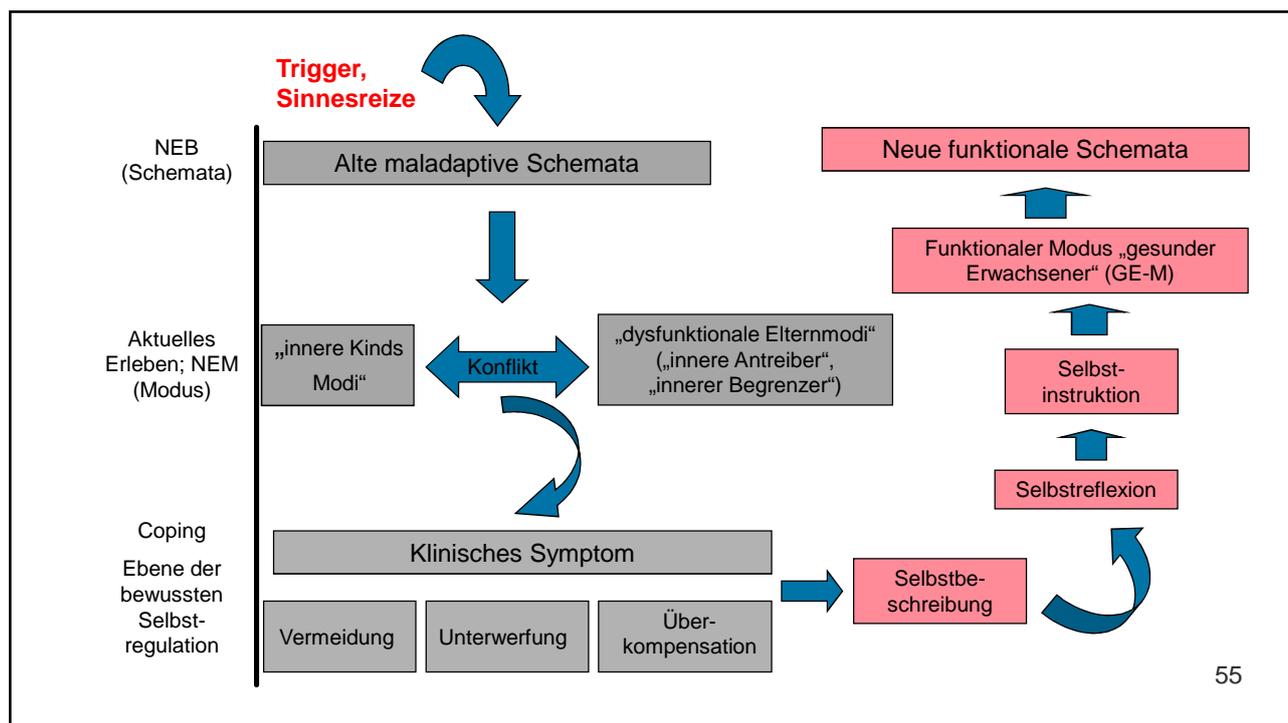
- Ausgeprägte Fähigkeit zur Resilienz, integrierte Leistungsfähigkeit und Zuverlässigkeit
- Starkes Erleben von Selbstwirksamkeit und Selbstbewusstsein
- Fähigkeit zur Stress- und Emotionsregulation
- Kompetenzen zur balancierten Konfliktregulation für innere und äußere Konflikte (gem. Young, Klosko und Weishaar, 2005)
- Selbstfürsorgliche Kompetenzen: Geduld, Wertschätzung, Fürsorge, Trost, angemessenes Setzen von Grenzen, Verantwortungsübernahme, Achtsamkeit, Kooperationsfähigkeit, Selbstbehauptung, Einforderung und flexible Anwendung prosozialer Regeln, Einbindung der eigenen Werte und Normen im Kontext eines sozialen Raums, realitätsbezogene Einschätzung und Akzeptanz eigener Kompetenzen und Ressourcen, Fähigkeit und Toleranz zum angemessenen Bedürfnisaufschub, Fähigkeit um unterstützende Beziehungen aufrechterhalten und schädigende Beziehungen unterbinden zu können.

## 4.1. Selbstinstruktionsmethoden und Modelle

- Ursprung: Gruppe von Techniken zur Veränderung des „**inneren Monologs**“ (geht auf Vygotsky, 30er und 40er Jahre und später Meichenbaum, „**Cognitive-behavior therapy**“ in den 70er Jahren (1974, 1979, 1982) zurück.
- Später Modifikation und Anwendung in VT: Zum Beispiel,
  - Meta-kognitives Training
  - „Gesunder-erwachsener Modus“ Moduskonzept der Schematherapie
- Prinzipielles Vorgehen:
  1. Zunächst Analyse und Klärung des inneren Monologs, Aufmerksamkeitsfokussierung auf das aktuelle Erleben („**innere Achtsamkeit**“). Voraussetzung von emotionaler Diversität. Erkennen maladaptiver Schemata, (Bewältigungsmodi und mögliche Moduszyklus).
  2. Veränderung des inneren Monologs (emotionale und kognitive Techniken).
  3. Bilden einer meta-kognitiven Steuerung mit dem Ziel einer inneren Balance und eines nach außen gerichteten Ausgleichs zwischen inneren sozialen Grundbedürfnissen und äußeren Ansprüchen.
  4. Einüben und trainieren der Kontrollstrategien.

53

## 4.1. Modusmodell - Therapeutischer Veränderungsprozess nach dem Modusmodell (2. Entwicklungstufe)



## 4.1. Modusmodell

### Kernkategorien der Schemamodi

- **Kind-Modi:**
  - Unterschieden werden maladaptive Kindmodi (z.B. „ärgerliches Kind“) von dem funktionalen Kindanteil „glückliches Kind“.
  - Gekennzeichnet durch einen starken Affekt, die bei maladaptiven Kindmodi durch die Frustration oder Traumatisierung von Grundbedürfnissen entstehen.
- **Dysfunktionale Elternmodi:**
  - repräsentieren – inhaltlich – internalisierte, strafende oder übermäßig fordernde Reaktionen wesentlicher Bezugspersonen (z. B. Eltern, peer-group) auf den Patienten in der Kindheit.
- **Dysfunktionale Bewältigungsmodi:**
  - stehen im ursächlichen Zusammenhang mit vulnerablen Kindmodus
  - Unterteilung in die drei Kategorien Erdulden, Vermeiden und Überkompensation)
- **Modus des gesunden Erwachsenen:**
  - repräsentiert funktionales Erleben und Handeln

## 4.1. Modusmodell

### Die Schmamodi im einzelnen: Kind-Modi

- Verletztes Kind (verlassen, missbraucht, beschämt)
- Ängstliches Kind
- Wütendes-Impulsives Kind
- Disziplinloses Kind
- Glückliches Kind

### Dysfunktionale Elternmodi:

- Strafender, kritischer Elternteil („innerer Kritiker“)
- Begrenzende [Selbstentwicklung] Elternanteile („innerer Bremser“)
- Fördernder Elternteil („innerer Antreiber“)

### Dysfunktionale Bewältigungsmodi:

#### 1. Erdulden:

- Bereitwilliger Erdulder

#### 2. Vermeiden:

- Distanzierter Beschützer
- Distanzierter Selbstberuhiger oder –stimulierer
- Ärgerlicher Beschützer\*

### Modus des gesunden Erwachsenen

#### 3. Überkompensation:

- Narzisstischer Selbstüberhöher
- Übermäßiger Kontrollierer\*
- Schickanierender Angreifer\*
- Betrüglicher Manipulierer\*
- Kaltblütiger Kämpfer\*

\* „forensischer-delinquenter Modus“

57

## 4.3. Modusmodell Konzeptualisierung von Psychopathie nach dem Modusmodell (Bernstein, 2000)

Psychopathie als Modi, bzw. eine Aktualisierung von Modi

- **Ärgerlicher Beschützer:** Feindliche Distanzierung oder Rückzug
- **Kaltblütiger Kämpfer** („Predator-Mode“): Die soziale Welt wird als eine Art von Überlebensmodus, als eine Art „Wettkampf“ um das Überleben gesehen. Der Cleverste hat das „Recht“ die Regel zu bestimmen und zu „überleben“. gesehen. (Bemerkung: Niedriges sozio-moralisches Niveau)  
Prinzip: Man kann nur Opfer („Schlachtvieh“) oder Täter („Raubtier“) sein.
- **Betrüglicher Manipulierer** („Conning-Mode“)
- **Narzisstischer Selbstüberhöher** („Self-Aggrandizer-Mode“)
- **Schickanierender Angreifer** („Bully-and-Attack Mode“)

Bernstein versteht die oben aufgeführten Schemamodi als psychologische Risikofaktoren.

Die schematherapeutische Veränderungsarbeit muss darauf abzielen, die deliktrelevanten Modi zu verändern. 58

## 4.2. Methoden der Schematherapie



### 4.2.1. Emotionsfokussierte Arbeit (Emotionale Diversität)

- Wahrnehmung, Aufmerksamkeitsfokussierung auf das emotionale Geschehen: Körper als „emotionaler Resonanzraum“ (Nissen, Sturm, 2018)
- Ausbildung einer emotionalen Diversität
- Verstehen der sozialen Grundbedürfnisse, persönliche Ausprägung, biographische Besonderheiten.
- Ausbildung emotionaler Toleranz, Habituation?
- Heranführen an emotional-distanzierte Gefühle, Veränderung und Reduzierung überkompensatorischer Bewältigungsstrategien (-modi)



## 4.2.1. Imaginationsarbeit: Schritte einer Imaginationsübung (Roediger, 2011)

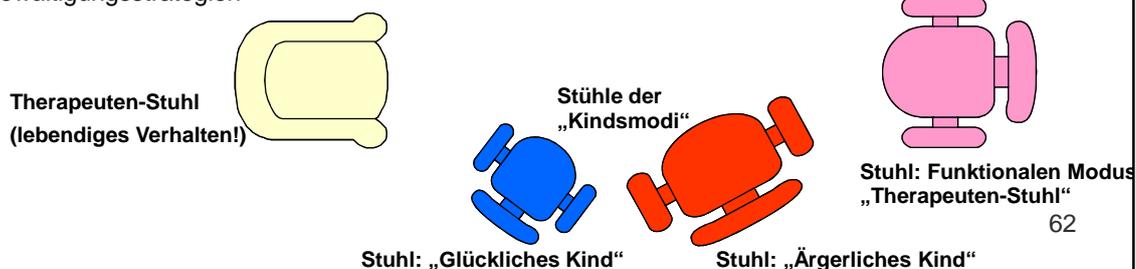
0. Aufmerksamkeitsfokussierung auf das aktuelle Körpergeschehen.

1. **Imagination:** Bild einer **aktuell** belastenden Situation
2. **Emotionale Aktivierung** und Fokussierung auf das Erleben.
3. **Affektbrücke:** Wechsel in die Vergangenheit
4. **Aktivierung** der Interaktion mit den Bezugspersonen in der **Vergangenheit**
5. Klärung der **Grundbedürfnisse** in der Vergangenheit: Welches?
6. Veränderung der vergangenen traumatisierenden oder frustrierenden Situation  
**Versorgungserleben und Entmachtung**
7. **Vergegenwärtigung** des veränderten Erlebens
8. **Wechsel** in die Auslösesituation
9. **Vergleich** des gefühlten Erlebens in der aktuellen Situation: vorher versus nachher
10. **Regelextraktion** und/oder **Generalisierung**
11. **Nachbesprechung** und **Hausaufgabe**

61

## 4.2.3. „Stühle-“ oder Modusarbeit nach dem Modusmodell (Young 2005, Kellogg 2004)

- Erlebnisorientierte Bearbeitung der Konflikt oder Inkongruenzspannung zwischen den Modi
- Differenzieren der Modi (Position) und Interaktion zwischen den Modi („Sag' es ihm...“)
- Kenntlichmachen und differenzieren des äußeren vom inneren Dialog
- Entwickeln und einüben der Entwicklung neuer Bewältigungsstrategien



62

### 4.2.3. Stühlearbeit oder Modusarbeit

#### Ablauf einer Dialogarbeit auf mehreren Stühlen hier Mehr-Stuhl-Technik

1. Thematisieren eines aktuellen Konflikt, einer Auseinandersetzung.
2. Mit dem Konflikteil bei der Dialogarbeit beginnen, der im Vordergrund steht („innere Antreiber“ oder „Kindmodus“).
3. In der Folge sich dem komplementären Teil zuwenden. Ihn fragen, wie er das Gesagte des Kontrahenten erlebt. Durch Paraphrasierung, Überspitzung sollte die Auseinandersetzung polarisiert werden.
4. Mehrmals zwischen den Konfliktpositionen hin und her wechseln lassen, bis beide Positionen geklärt sind.
5. Die Konflikthälfte des „Kindmodus“ erleben und ermutigen, die Gefühle und Grundbedürfnisse zu benennen. Die Konflikthälfte des „inneren Antreibers“ fragen, wo diese Haltung herkommt. 63
6. Ggf. die Konflikthälfte des „inneren Antreibers“ heraussetzen oder nach hinten schieben.

### 4.2.3. Ablauf einer Dialogarbeit auf mehreren Stühlen hier *Drei-Stuhl-Technik*

7. Stuhl des funktionalen Modus („gesunder Erwachsener“): Zunächst, beim erstmaligen Benutzen soll der Patient die Konfliktspannung zwischen beiden polaren Positionen erleben. Dann, Validierung älterer Bewältigungsversuche.
8. „Ja – dennoch - Sätze“: Der Patient auf dem dritten Stuhl antwortet gegenüber beiden polarisierten Positionen mit „ja – dennoch – Sätzen“. Ggf. formuliert der Therapeut einige Male vor und der Patient wiederholt.
9. Der Patient formuliert eine neue funktionale Position im Sinne eines Kompromisses. Beide Pole werden gefragt, ob der funktionale Kompromiss akzeptabel ist. Hierbei wechselt der Patient die Position, den Stuhl. Ggf. muss eine „Nachverhandlung“ erfolgen.
10. Regelextraktion und Generalisierungsvorbereitung  
Ggf. wird die Lösung für andere Problemsituationen verwendet, eingeübt (Rollenspiel), generalisiert und validiert (Tagebuch).

64

## 4.2.4. Impact-Techniken

### Problem in Therapien...

- ...häufig nur **unipolare Stimulation** (primär auditiv, gelegentlich visuell und taktil) statt bimodale oder multimediale Stimulation, hierdurch nur unipolares Lernen.
- **Besser: multisensorisches Lernen** unter Einsatz aller Sinne
  - Inhalte der Therapie (z.B. Modi) dem Patienten erfahrbar machen, statt nur „darüber reden“ und vergegenständlichen von Modi
  - Abstraktes, distanzierteres Geschehen konkret erlebbar machen
  - Veränderungsmotivation unterstützen und Aufbauen durch unerwartete Dinge und Neugier wecken
  - Körper, bzw. Körper als emotionaler Resonanzraum und emotionaler Generator.
- Impact-Techniken zum multimodalen Erleben der Modi
- und zur Stärkung der „Veränderungsenergie“ des Gesunden-Erwachsenen-Modus“

65

## 4.2.4. Impact-Techniken in der Arbeit mit Modi

### Bei der Klärungsarbeit:

- **Vergegenständlichung dysfunktionaler Modi** durch Figuren oder Gegenstände (Schallplatten, Karten, Metaphern etc.)
- **Unterstützung des Beziehungserlebens** (Fleece-Bänder bei dissoziativer Störung)



### In der Veränderungsarbeit:

- Zur Unterstützung von Handlungsimpulsen (stellvertretend für eine reale Handlung)
- **Audioflashcards** (Ton oder Bildaufzeichnungen auf dem Handy zur Erinnerung oder Handlungsausführung und Aufbau neuer Verhaltensweisen)
- **Übergangsobjekte** (zur Festigung des „Großen“, des „Erwachsenen-Modus“)

66

## 4.2.5. Tagebuch, Übungs- und Protokollblätter, Briefe

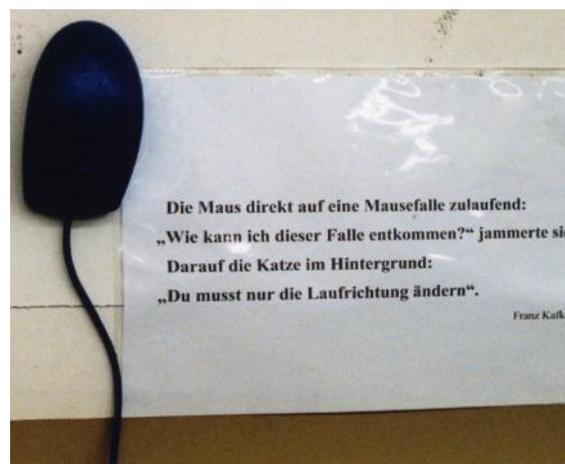
Tagebuchaufzeichnungen, Protokolle und Übungsblätter dienen dazu, die erarbeiteten funktionalen, „gesunden“ Bewältigungsstrategien zu festigen. (vgl. Anhang)

1. Brief an die Eltern
2. Aktivitätsprotokoll
3. Schematagebuch
4. Schema-Memobogen

67

## 5. Allgemeine und weitere Methoden (Auswahl)

- 5.1. Sokratischer Dialog
- 5.2. Zirkuläres Fragen
- 5.3. Reframing u. a.
- 5.4. Ressourcenorientierte Diagnostik und Interventionen
- 5.5. Video-Work



68

## 5.1. Sokratischer Dialog

- Charakteristisch ist ein fortlaufendes und **hypothesegeleitetes Fragen**, ohne bewusst dogmatisch oder appellativ Erklärungen zu geben.
- Der Patient soll quasi „klientenzentriert“ seine eigenen Einstellungen, Meinungen und Umgangsweisen reflektieren.
- Der Therapeut nimmt in der Therapeut – Patient – Beziehung eine scheinbar nicht – wissende, naiv - fragende und um ein Verständnis bemühte, sowie dem Patienten zugewandte und engagierte Haltung ein.
- Alte Sichtweisen, insbesondere dysfunktionale Einstellungen, negative Selbstüberzeugungen reflektieren und auf den Realitätsbezug hin zu überprüfen (Vorhandene Widersprüche und Inkongruenzen erkennen, „**Realitätsprüfung**“).
- Selbständig alternative und funktionale Strategien zur Problemlösung entwickeln.
- Selbständiges **ressourcenorientiertes Denken** und Handeln fördern.

69

## 5.2. Zirkuläres Fragen (Triadisches Fragen)

- Frage- und Interventionstechnik zum Anregen eines Perspektivenwechsels, („... sich in andere hineinversetzen zu können.“). Veränderung starrer Kommunikations- und Beziehungsmuster sowie Herstellung eines Realitätsbezugs.
- Prinzip des „offenen Tratschens“ oder des „um die Ecke Fragens“ → **Gegensatz zum linearen Fragen.**

### Beispiele:

- „(Name) wie hat der (Mitpatient X) die Situation erlebt und wie würde er diese beurteilen?“ (triadische Frage)
- „Was glaubst Du als Patient, wer den meisten Vorteil davon hat, wenn auf der Station alle ein Abstinenzgebot einhielten?“ (Klassifikationsfrage)
- „Was hat sich für wen und wie verändert, seit es hier auf der Station eine strikte unvorhersehbare Drogenkontrolle gibt?“ (Wirklichkeitskonstruktion)
- „Nehmen wir an, Ihre Frau (oder eine andere nahe Bezugsperson) würde merken, dass Sie zwei Jahre nicht mehr konsumiert hätten. Was würde sich für die Beteiligten ändern?“ (Wunderfrage)

70

## 5.3. Reframing, Umattribution, Realitätsvalidierung

- **Reframing** (positive Umbewertung eines Symptoms)  
„Bis zur nächsten Sitzung machen Sie alles, was Sie in Ihrem Abstinenzverhalten fördert.“  
(... dem entgegen, „konsumieren Sie nicht.“)
- **Umattribution**: Differenzierung und Veränderung der Ursachenzuschreibung, veränderte Attribuierung  
(Konzept „Locus of Control, Rotter“ 50er/60er Jahre)
- **Realitätsvalidierung**: Austesten von Kognitionen, Körpererleben, **Biofeedback**
- Technik der **Entkatastrophisierung**: realistische Antizipation von Konsequenzen.
- **Symptomverschreibung**: (hierbei Vorsicht!!!) Appelle oder Interventionen zum Zweck, den Bezug zum sozialen System zu klären, aufzudecken. Die Handlungskontrolle über die problematische Verhaltensweise (Modus) wieder zu erlangen. Annahme: Jedes Problemverhalten oder maladaptives Schema besitzt eine Funktion bezogen auf das soziale System.

71

## 5.3. Definition Reframing

**Reframing** meint ein Umdeuten wesentlicher persönlicher Einstellungen, eine Entkatastrophisierung wesentlicher Schemata

- über sich,
- Beziehungen,
- oder über die Störung, bzw. den Störungsprozess.



72

## 5.4. Ressourcenorientierte Behandlung

### Leitfrage:

- Welche Kognitionen und kognitive Prozesse unterstützen den Patienten in seinem Genesungsprozess?
  - Wann ist der Patient in seinem Verhalten authentisch?
1. Ressourcendiagnostik
  2. Reframing
  3. Training zur kognitiven Steuerung

### Ressourcendiagnostik:

- Gibt es einen oder mehrere Situationen oder Situationsaspekte, in denen der Patient Kompetenz oder noch besser ein Kompetenzerleben zeigt?
- Wann und unter welchen Voraussetzungen hat der Patient eine entsprechende Kompetenz gezeigt? Beispielhaft...
- In welchen anderen Bereichen liegen ähnliche Kompetenzen vor, die dann zu übertragen wären?

- ! – Intuitive Erfassung von Ressourcen  
 – Systematische Erfassung von Ressourcen: Fragebögen (**siehe Handout**)

73

## 5.5. Videowork (Synonym: Cinematherapy, Filmtherapie)

**Eisbrecherfunktion** (Indick, 2002, 1. In: review to Hesley, 2001) um den therapeutischen Prozess zu starten oder

eine neue Therapiephase zu beginnen.

Katalytische Funktion von Filmen bzw. Filmsequenzen (Wedding & Niemiec, 2003, 211)

... **quasi: in vivo Konfrontation**

**Filme und Filmsequenzen können:**

- **Inspirieren** und zur Imagination anregen → Problemklärung und Veränderung
- **Motivieren**, ermutigen, → soziale Rollenübernahme
- **Unterrichten** → Psychoedukation
- **Emotionen generieren** → Klärungsarbeit der eigenen Emotionen
- **Reframen** → des eigenen Problemrahmens
- **Ressourcendiagnostik** → sozial angemessenes Verhalten



## 6. Schwierige Therapiesituationen und besondere Aspekte in der Behandlung einzelner Persönlichkeitsstörungen

Im Dialog:

- Komorbide Formen von PS
- Narzißtische PS: Manipulation, Wahrnehmung, „Grenzsetzen“
- Histrionische PS: Manipulation, In der
- Antisoziale PS: Grenzen der Therapiefähigkeit
- Schizoide PS: Distanzierende Bewältigungsstrategie
- Schizotype und paranoide PS: Refugium
- Emotional-instabile PS: Spektrumsstörungen
- Abhängige-unsichere PS: Familien-, Peersystem
- PS und Aspergersyndrom
- und weitere Aspekte .....



75

## Literaturliste

- Arntz, A., van Genderen, H. (2010) Schematherapie bei Borderline- Persönlichkeitsstörung, Weinheim.
- Ball S. A. (1998) Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: Dual Focus Schema Therapy. *Addict Behavior*; 23(6): 883-91.
- Ball S. A. (2007) Comparing individual therapies for personality disordered opioid dependent patients. *Journal Personal Disorders*; 21(3): 305-321.
- Beck, A.T.; Freeman, A. u. a. (1993) Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen, PVU, Weinheim.
- Bernstein, D.; v. d. Broek, E. (2009) Schema Mode Observer Rating Scale (SMORS), Manual-Mode Explanations.
- Bohus, M. (2002) Borderline-Störung. Hogrefe-Verlag, Göttingen.
- Borg-Laufs, M. Dittich (Hrsg.) (2010) Psychische Grundbedürfnisse in der Kindheit und Jugend. DGVT-Verlag, Tübingen.
- Breil, J., Sachse, R. Ein-Personen-Rollenspiel (EPR). (2009) In: St. Fliegel, A. Kämmerer (Hrsg.) *Psychotherapeutische Schätze II*, S 49-53, DGVT, Tübingen.
- Fiedler, P. (1995, 2. Aufl.) Persönlichkeitsstörungen. PVU, Weinheim.
- Fiedler, P. (2003, 2. Aufl.) Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. Hogrefe-Verlag, Göttingen
- Glasenapp, J. (2013) Emotionen als Ressourcen. Beltz-Verlag, Weinheim.

76

## Literaturliste

- Grawe, K. (1998) Psychologische Therapie. Göttingen.
- Grawe, K. (2004) Neuropsychotherapie. Göttingen.
- Herrmann, I. Auszral, L. (2006) Emotionsfokussierte Therapie. DGVT. homepage.
- Hesley, J. W.; Hesley, J. G. (2001) Rent Two Films and let's Talk in the Morning. Popular Movies in Psychotherapy (2. Aufl.)  
Hoboken

77

## Literaturliste

- Lind, G.; Peterssen, W. (2003) Moral ist lehrbar: Handbuch zur Theorie und Praxis moralischer und demokratischer Bildung. Oldenbourg-Verlag, München.
- Linehan, M., Schmidt, H. (1999) Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug—dependence. In: American Journal Addict, 8 (4), 279-292.
- Möller, H.; Doering, Hrsg. (2010) Batman und andere himmlische Kreaturen. Springer-Verlag, Heidelberg.
- Nissen, L.; Sturm, M. (2018) Emotionsvermeidung überwinden. Junfermann-Verlag, Paderborn.
- Roediger, E., (2009) Praxis der Schematherapie, Schattauer-Verlag, Stuttgart.
- Roediger, E., Ein Plädoyer für mehr Bewegung(en) in der Verhaltenstherapie. (2016) In: Verhaltenstherapie, 2016, 26 (2) 117-123.
- Rounsaville, BJ., Kranzler, HR., Ball, SA., Tennen, H., Polling, J., Triffleman, E. (1998) Personality Disorders in Substance Abusers: Relation to Substance Abuse. In: Journal of Nervous and Mental Diseases. 186: 87-95.
- Sander, I. (2000) Ratgeber Borderline-Syndrom, CIP-Medien, Münschen.
- Sachse, R. (1997) Persönlichkeitsstörungen. Göttingen.
- Sachse, R. (2002) Histrionische und Narzisstische Persönlichkeitsstörungen, Hogrefe-Verlag, Göttingen.
- Sachse, R. Sachse, M. Fasbender, J. (2010) Klärungsorientierte Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen, Hogrefe-Verlag, Göttingen.
- Sachse, R. Selbstverliebt – aber richtig. Paradoxe Ratschläge für das Leben mit Narzißten. Klett-cotta-Verlag, Stuttgart.

78

## Literaturliste

- Sachse, R. (1997) Persönlichkeitsstörungen. Göttingen.
- Sachse, R. Sachse, M. Fasbender, J. (2010) Klärungsorientierte Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen, Göttingen.
- Schuchardt, J.; Roediger, E., (2017) Was meint eigentlich „Gesunder Erwachsener Modus“ in der Schematherapie? In: Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin, 2017, 38 (2), Seite 107-126.
- Smucker, M., Reschke, K. & Kögel, B., (2008) Imagery, Rescripting & Reprocessing Therapy: Behandlungsmanual für Typ I Trauma. Shaker-Verlag, Leipzig.
- Thompson, J. (1998) Drama workshops for Anger Management and Offending Behavior, Jessica Kingsley Publishers, London, New York.
- Verheul, R., van den Bosch, L. M. C., Ball, S. A., (2005) Substance abuse. In: Oldham, J.M., Scodol, A. E., Bener, D. S., (Eds.) Textbook of personality disorders. Washington DC, 463-476).
- Wedding, D. Niemiec, R. M. (2003) The clinical use of films in psychotherapy. In: Journal of Clinical Psychology, Volume 59, 2
- Young, J. E.; Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. 1. Aufl. (2005, deutsch.) Schematherapie, Junfermann-Verlag, Paderborn.
- Young, J. E.; Klosko, J. S. (2005) Sein Leben neu erfinden. Junfermann-Verlag, Paderborn.
- Zeitschrift: Persönlichkeitsstörung (PTT) Schattauer-Verlag. [www.ptt-online.info](http://www.ptt-online.info)

79

## Internet

- [www.dgvt.de](http://www.dgvt.de) (Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie: Aufsätze)
- [www.ipp-bochum.de](http://www.ipp-bochum.de) (Institut von Rainer Sachse: Viele Aufsätze und Folien)
- [www.medienprojekt-wuppertal.de](http://www.medienprojekt-wuppertal.de) (Filmdokumentationen zu bestimmten gesellschaftlichen und psychiatrischen Themen)
- [www.mervin-smucker.de](http://www.mervin-smucker.de) (Homepage zur IRRT)
- [www.ptt-online.info](http://www.ptt-online.info) (Zeitschrift)
- [www.schematherapie-frankfurt.de](http://www.schematherapie-frankfurt.de) (Homepage von Eckhard Roediger)

80

**Vielen Dank**  
für Ihre Aufmerksamkeit!

Udo Raum  
[udo.raum@rub.de](mailto:udo.raum@rub.de)  
[www.psychotherapie-raum.de](http://www.psychotherapie-raum.de)



81