

Schematherapie kurzzeittherapeutisch nutzen

Gitta Jacob, Hamburg

1. Berliner Schematherapietag

Institut für Schematherapie Berlin

21.08.2021

Schematherapie als Kurzzeit-Therapie?

- ▶ Häufige Frage vor allem im stationären Setting
- ▶ Erfordert starke Reduktion im Vorgehen und Konzentration auf das wesentliche
- ▶ Nicht indiziert bei einfachen Achse-I-Patienten
- ▶ Geeignet für komplizierte Patienten, bei denen Standard-Vorgehen nicht hilft
- ▶ Typischer Kontext: Blockierte, schwierige Therapiesituationen

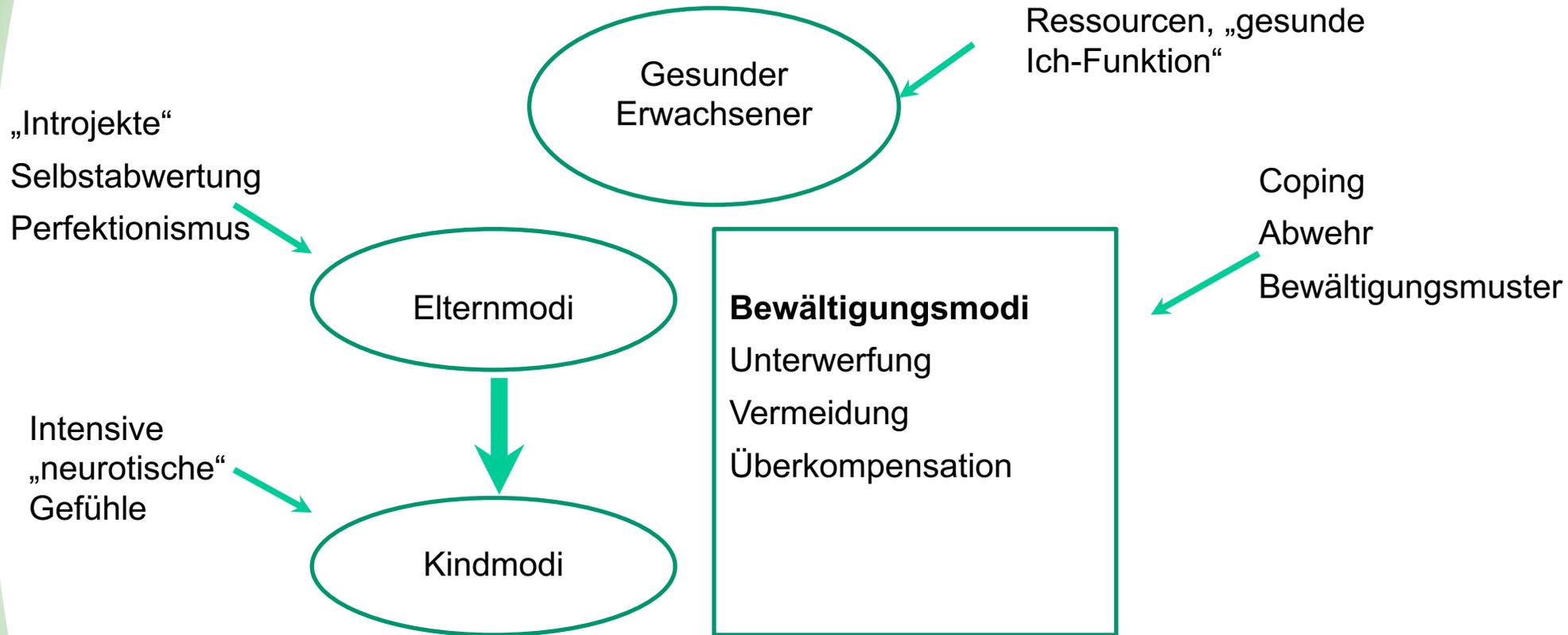
Fallbeispiel Frau Kramer, 46 Jahre

- ▶ Wird nach längerer AU mit Diagnose Depression tagesklinisch aufgenommen: Rückzug, hoffnungslos, weint viel, Grübeln, Schlafstörungen, geringer Selbstwert, ...
- ▶ Schon länger soziale Phobie insbesondere in beruflichen Situationen: Fühlt sich angegriffen, ungerecht bewertet, übergriffig behandelt; traut sich nicht, eigene Bedürfnisse zu vertreten
- ▶ Im Kontakt mit Pflege oder in Gruppen entweder Weinen oder patzig-aggressiv
- ▶ Persönlichkeitsprobleme, aber keine PS-Diagnose voll erfüllt
- ▶ Auslöser: Konflikte am Arbeitsplatz mit dysfunktionalen Lösungsversuchen; wiederkehrend Konflikte im sozialen Umfeld
- ▶ Ressourcen: Ehe, Kinder → fühlt sich geborgen, verhält sich dann viel gelassener
- ▶ Biografischer Hintergrund: Von (alkoholisierendem) Vater oft sinnlos angegriffen (meist verbal, tlws. auch körperlich), kein Schutz von Mutter; Erleben tiefer Hilflosigkeit, Scham, Angst, Wut

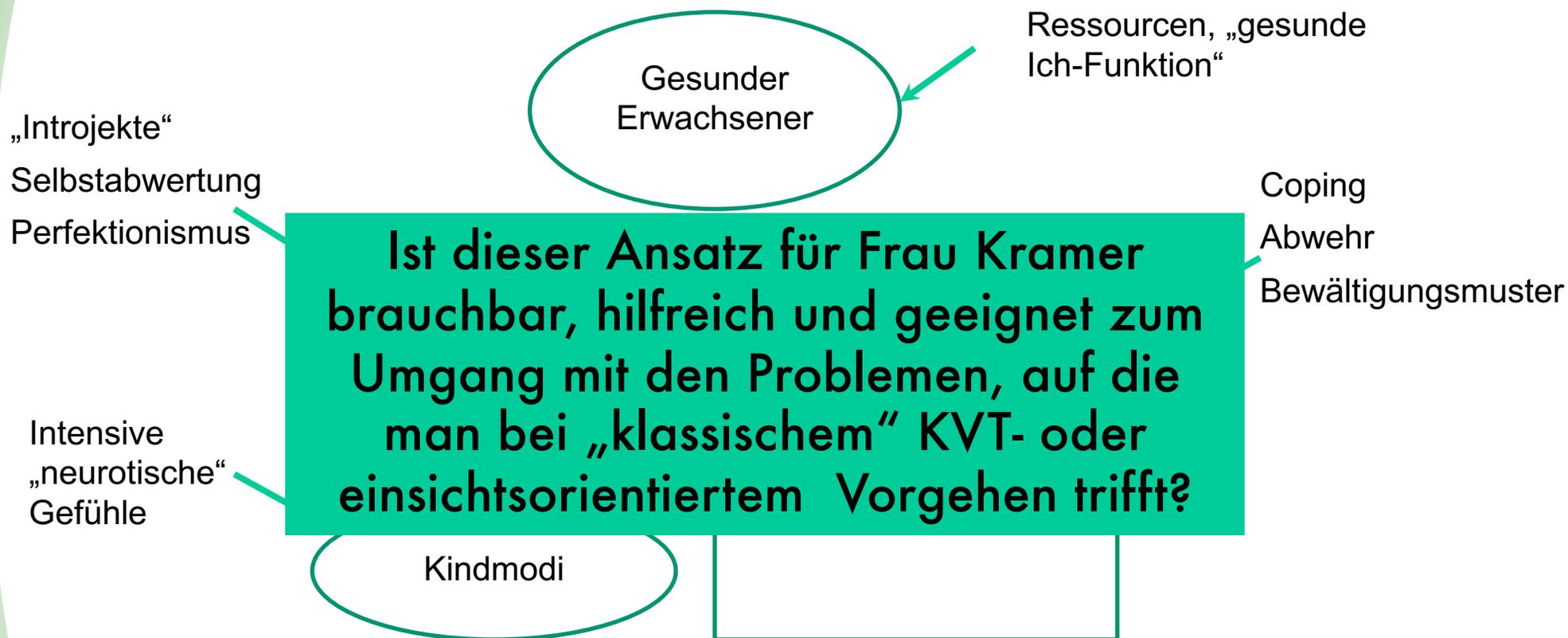
Was ist an dieser Situation blockiert oder schwierig?

- ▶ Depression scheint sekundär zur sozialen Phobie; Depressionsbehandlung greift aber nicht gut, weil sozialphobische Kognitionen „dazwischenkommen“
- ▶ Exposition angstbesetzter Situationen schwierig wg. beruflichem Kontext und wg. ungünstigem Interaktionsverhalten; ungünstige Lösungsideen („Einzelarbeitsplatz im Keller“)
- ▶ Ist im Einzelgespräch zugänglich für Kognitionen, dass andere ihr in der Regel nichts Böses wollen, aber „fühlt es einfach nicht“ → kognitive Arbeit ist schwierig; Einsicht findet zwar statt, hat aber geringen Effekt
- ▶ Verhaltensorientiertes Arbeit mit sozialer Exposition und sozialem Kompetenztraining aufgrund von Vermeidung und interaktionellen Mustern ebenfalls schwierig

Modusmodell – Überblick



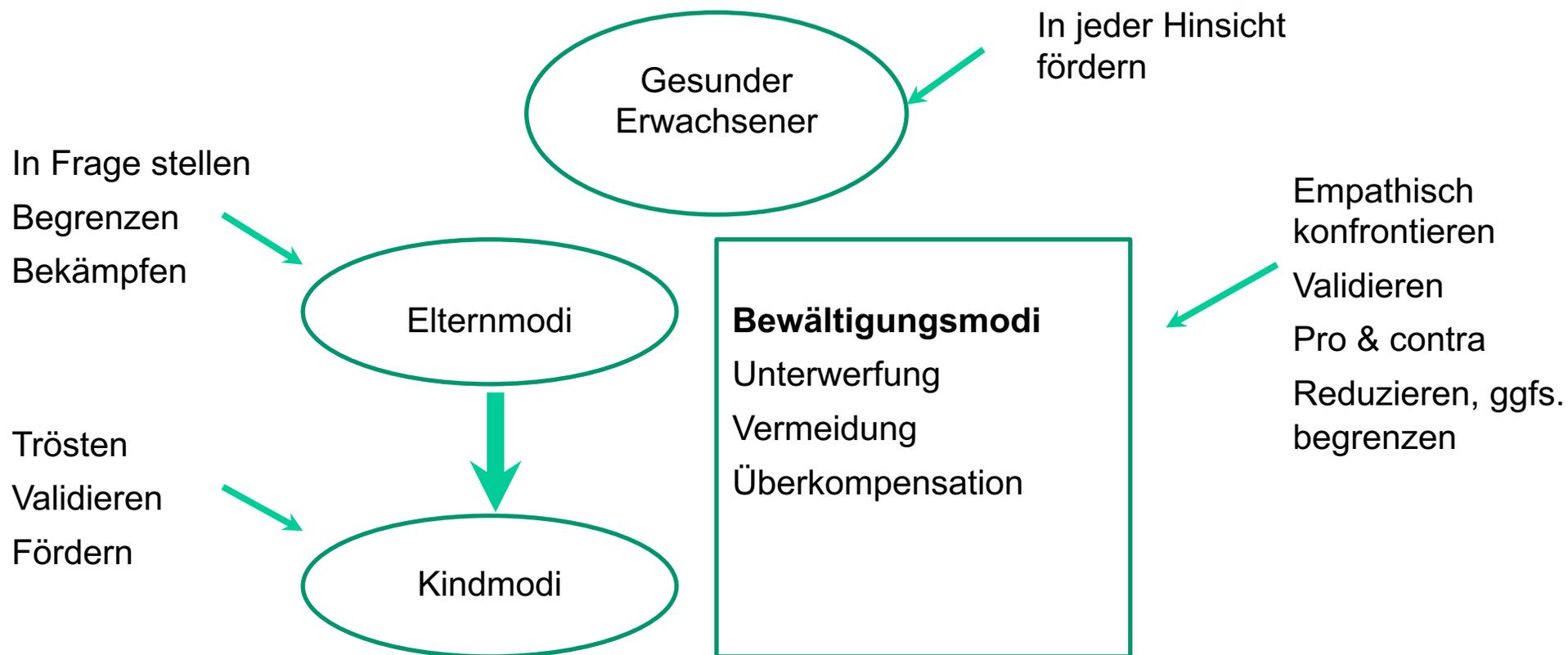
Modusmodell – Überblick



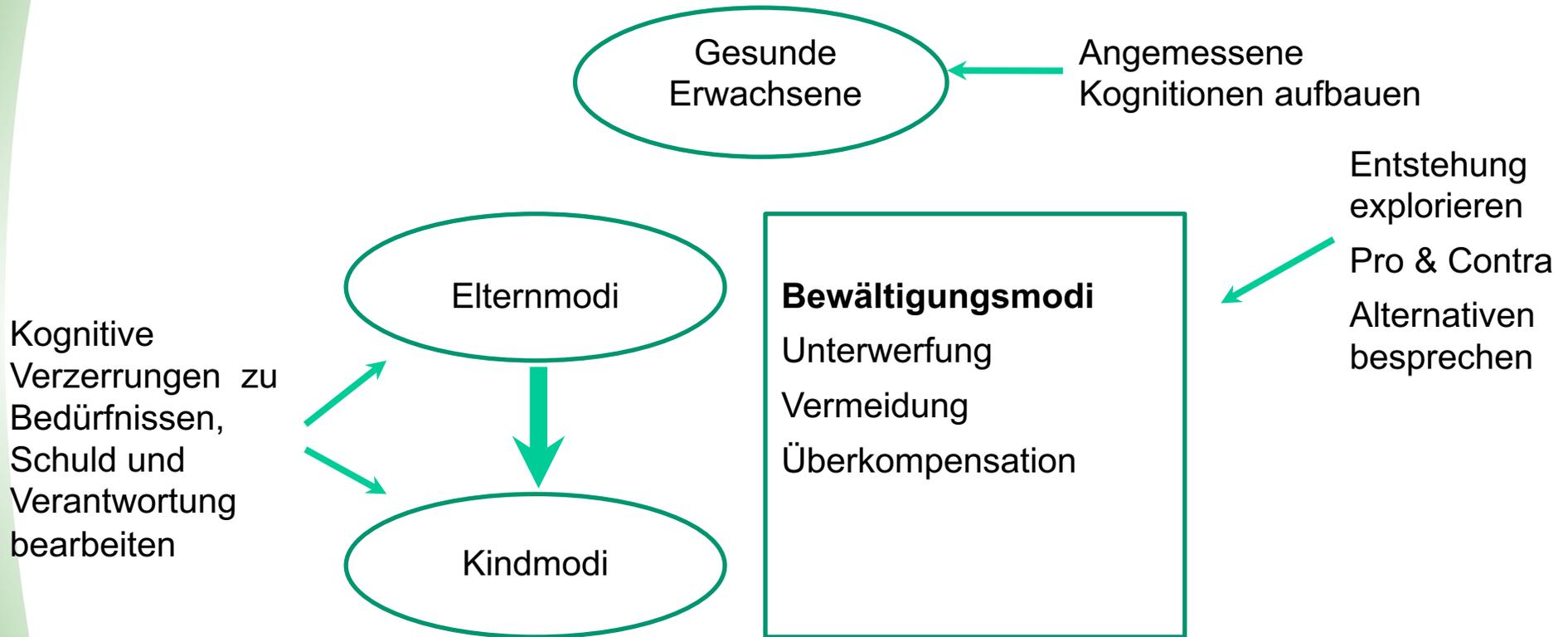
Das Modusmodell kann für Frau Kramer ein nützlicher Ansatz sein:



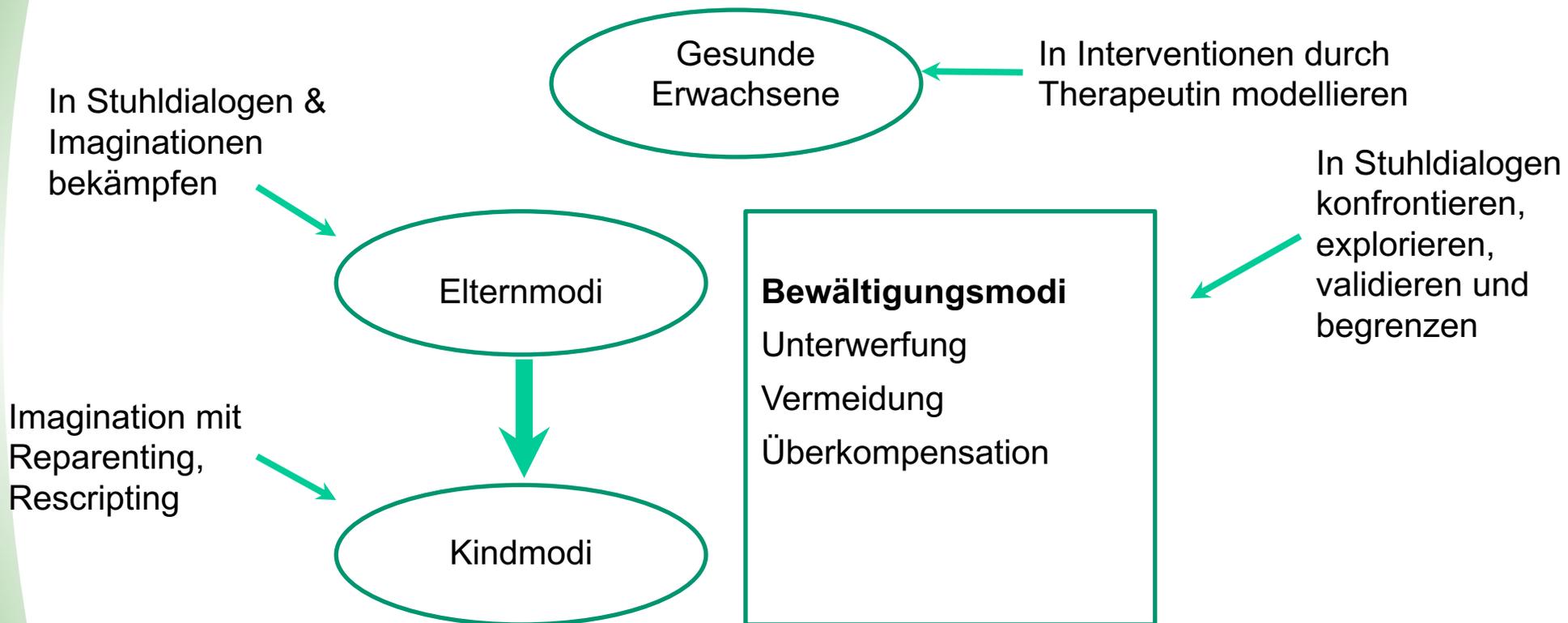
Das Modusmodell liefert den Behandlungsleitfaden



Übersicht kognitive Arbeit

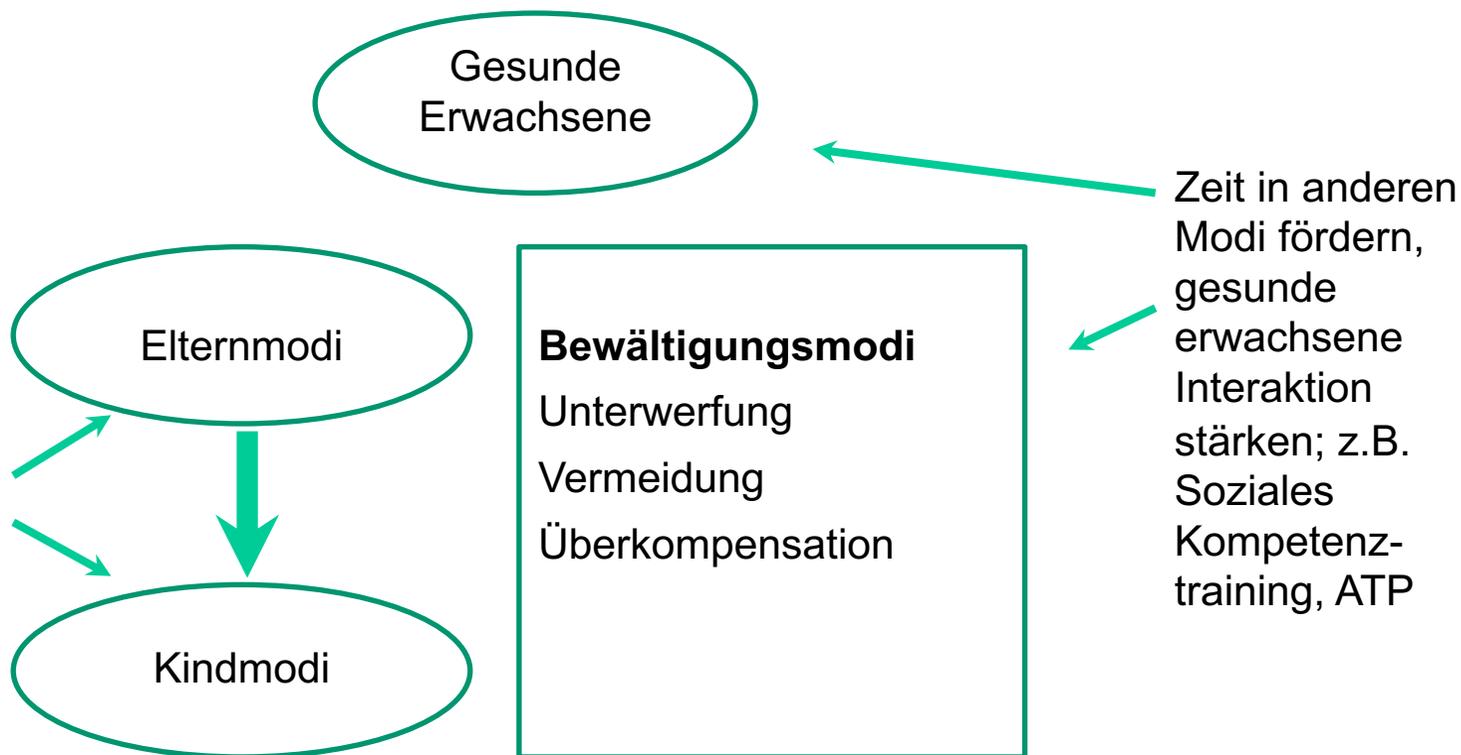


Übersicht emotionale Arbeit



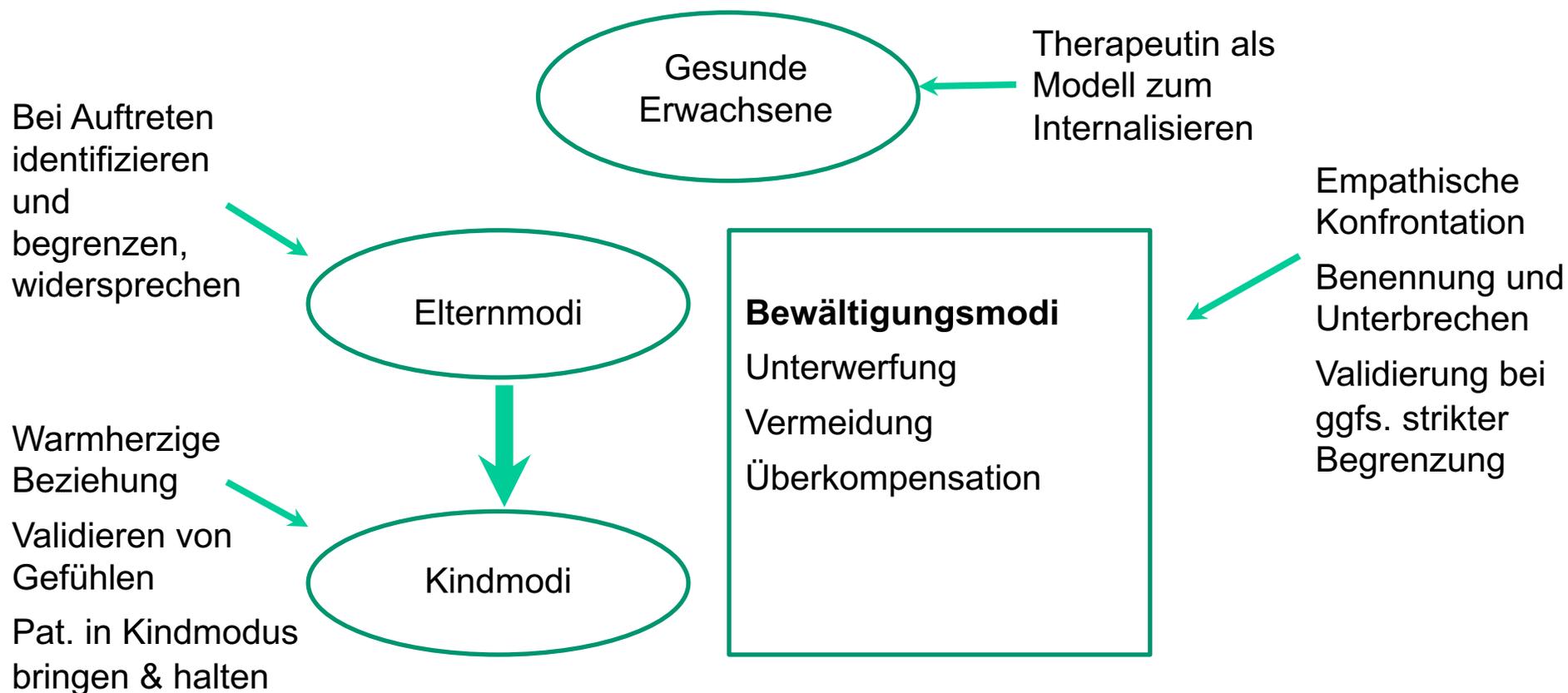
Übersicht behaviorale Arbeit

Nicht-schädigende Beziehungen stärken, Inanspruchnahme von Hilfe fördern, interpersonelle Nähe fördern, positive Aktivitäten



Zeit in anderen Modi fördern, gesunde erwachsene Interaktion stärken; z.B. Soziales Kompetenztraining, ATP

Übersicht Therapiebeziehung

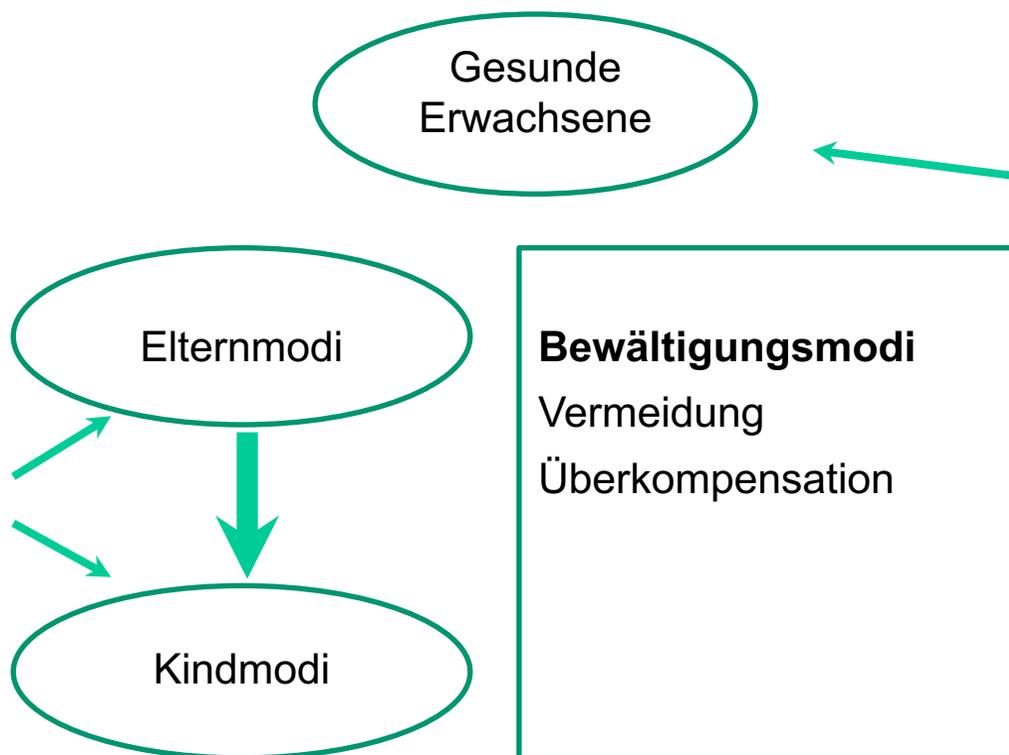


Behandlung von Frau Kramer (übrigens gar nicht unter dem Label „Schematherapie“...)

Sehr warmherzige, validierende und fürsorgliche Beziehungsgestaltung

Zentrale Technik:
Imaginatives Überschreiben von biografischen und aktuellen Situationen zur Linderung der emotionalen Grundproblematik

Zum Transfer
Verankerung / Symbole für beruflichen Alltag



Biografischen Hintergrund reflektieren

Funktionalität aggressiver Muster als Bewältigung verstehen

Alternative zum „Einzelbüro im Keller“ und zu patzigen Situationen erarbeiten

Soziale Kompetenz imaginativ probehandeln und fördern

Antidepressive Aktivierung / Aufbau positiver Aktivitäten „läuft nebenher“

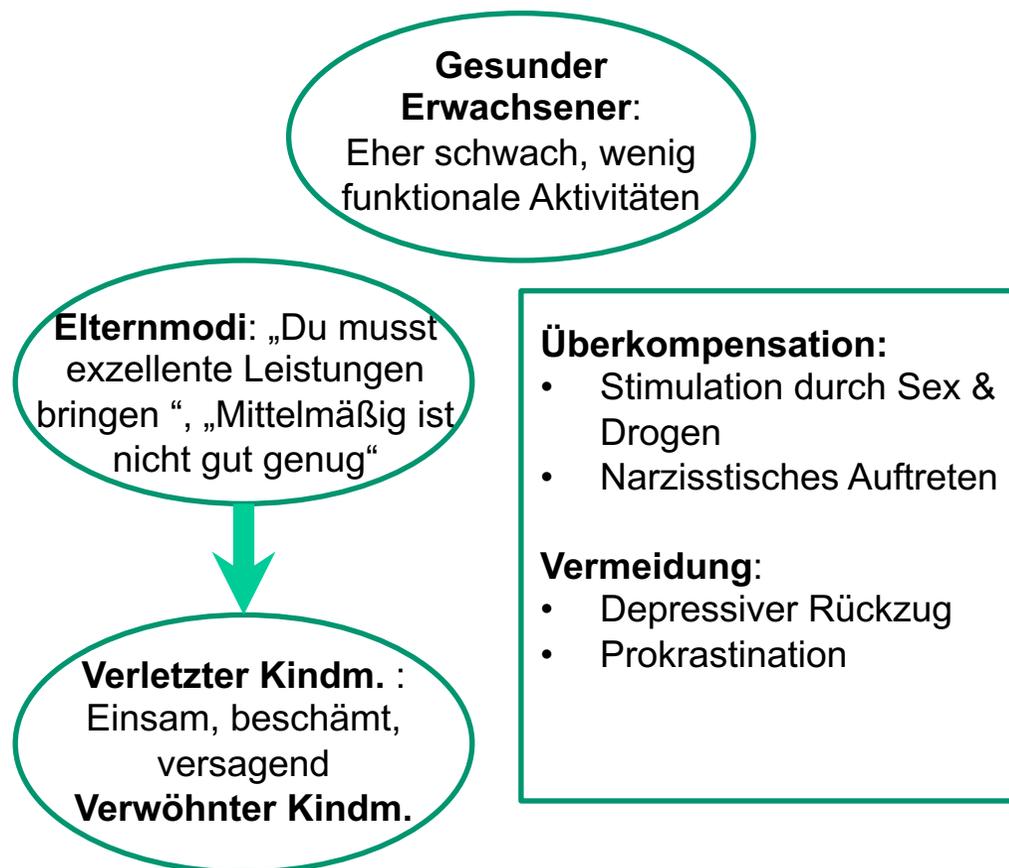
Anderes Fallbeispiel: Herr Mauer, 32 Jahre

- ▶ Wird vorstellig mit Depression, sozialen Ängsten, Leistungsproblemen
- ▶ Anlass: nach 10 J Jurastudium hat der Vater den Geldhahn zugekehrt
- ▶ Im Verlauf deutlich werdende Probleme:
 - ▶ Ausgeprägte Prokrastination
 - ▶ Konsum von Pornos, Prostituierten, Koks
 - ▶ Im Kontakt abwertend, zieht Therapeutin ins Lächerliche, gibt sich betont lässig
 - ▶ Soziale Ängste v.a. bzgl. der Bewertungen anderer; Depression i.S. von Antriebs- und Perspektivlosigkeit, gel. Abstürze in Traurigkeit, Leere, Versagenserleben, Scham
- ▶ Narzisstische Problematik
- ▶ Biografischer Hintergrund: Stark leistungsorientierte Modelle (Vater erfolgreicher Jurist), Bestätigung in erster Linie für Leistung; materiell sehr verwöhnt

Was ist an diesem Fall schwierig?

- ▶ Aktivierende Basisinterventionen (Aktivierung, Sport, Tagesstruktur) werden narzisstisch abgewertet
- ▶ Risiko, falls er Behandlungs- und Beziehungsangebot annimmt: Bei Auseinandersetzung mit realen Problemen (Versagen im Studium, Schulden) droht depressiver Absturz mit Suizidalität; erscheint dann womöglich aus Scham nicht mehr in Therapie

Modusmodell von Herrn Mauer



Behandlung bei Herrn Mauer

- ▶ Empathische Konfrontation und Stuhldialoge mit Überkompensationsmodi (sowohl bezüglich Narzissmus als auch Stimulation)
- ▶ Im Stuhldialog Erarbeiten der Funktionalität der Überkompensation, Aufgreifen der Gefahr von depressiv / beschämter Dekompensation
- ▶ Klären möglicher Behandlungsziele und Vorgehensweisen:
 - ▶ Auseinandersetzung mit Verwöhntheit, Reduktion kostenintensiver Stimulation, Aufbau von Disziplin (zunächst an simplen Themen wie Tagesstruktur)
 - ▶ Reduktion übermäßiger Standards
 - ▶ Aufbau einer realistischen beruflichen Perspektive
 - ▶ Kleinschrittige Annäherung an Einsamkeit und Scham mit imaginativen Techniken
- ▶ Verlauf abwarten, bei Schwierigkeiten immer wieder auf dieses Modell zurückgreifen

Dieses transdiagnostische Vorgehen hat mehrere Vorteile:

- ▶ „Bunte Symptomatik“ in einem kohärenten Modell
- ▶ Gemeinsames „emotionales Kernproblem“ für verschiedene Symptome
- ▶ Durch Fokus auf emotionale Kernthematik Vermeidung von „Sackgassen“
- ▶ Persönlichkeitsprobleme können einbezogen werden
- ▶ Probleme der Therapiemotivation und –inanspruchnahme können integriert werden
- ▶ In der stationären Behandlung können auch in sehr wenigen Sitzungen konzentriert Schwerpunkte gesetzt und kritische Situationen (z.B. Entlassplanung) adressiert werden

Dieses Vorgehen hat Bezüge zu verschiedenen Verfahren und ist daher übergreifend einsetzbar:

- ▶ Kognitive VT → Zielorientierung, KVT-Methoden, gemeinsames Fallkonzept
- ▶ Tiefenpsychologie → Fallverständnis, Einbezug der Biografie, Verständnis von Coping und Selbstabwertung parallel zu psychodynamischen Konzepten wie Abwehr oder Introjekte
- ▶ Humanistische Therapie → Bedürfnisorientierung, emotionsfokussierende Techniken
- ▶ Transaktionsanalyse und andere „Teile-Ansätze“ → Moduskonzept mit verschiedenen Anteilen

Für wen ist das besonders gut geeignet?

- ▶ Wissenschaftliche Evidenz nur für Persönlichkeitsstörungen, insb. Borderline-PS und Cluster C-PS (selbstunsicher, dependent, zwanghaft); alle anderen Aussagen sind klinischer Eindruck ...
- ▶ Fälle mit gemischten Problemen, die mit KVT nicht gut adressiert werden können, z.B. wegen Teufelskreisen zwischen verschiedenen Symptombereichen
- ▶ Bei starkem Widerstand bzw. hoher Funktionalität der Symptomatik
- ▶ Geht auch bei „subdiagnostischen Problemen“, bei denen erkennbar Probleme / problematische Muster bestehen, die aber nicht die Ausprägung von Symptomen erfüllen:
 - ▶ Fälle mit problematischen Mustern, die keine Achse-I Störung voll erfüllen
 - ▶ Selbsterfahrung

Für wen ist das nicht so gut geeignet oder vielleicht sogar schädlich?

- ▶ Relativ eindeutige Achse-I Störungen ohne komplizierte Komorbiditäten oder Persönlichkeitsstörungen
- ▶ Wenn das Modusmodell und die daraus sich ergebenden Interventionen für den Fall wenig Sinn machen...

Für Frau Lukas, 26 J, wäre es z.B. nicht geeignet und aggraviert womöglich das Problem, ohne zur Lösung beizutragen:

- ▶ Intensives Grübeln / Entscheidungskonflikte bzgl. banaler alltäglicher Entscheidungen; diagnostisch fraglich Zwänge, alternativ GAS
- ▶ Auslöser: Steht vor Rollenwechsel, Einstieg ins Berufsleben
- ▶ Biografischer Hintergrund: tendenziell verwöhnt, eher unselbständig, keine traumatischen Erlebnisse
- ▶ Wie kommt es hier zu Schematherapie? Pat. macht keine Fortschritte und präsentiert ambivalente Inhalte → Therapeutischer Reflex „Ambivalenz = verschiedene Modi“, „kein Fortschritt = Copingmodus“, „Intervention = Stuhldialog“
- ▶ Stuhldialog funktioniert nicht, weil er innerhalb der Grübelschleifen bleibt
- ▶ Alternativ: Funktionalität der Symptomatik für die Vermeidung von Entscheidungen diskutieren, Rollenwechsel bewältigen, ACT-Techniken, „ins Tun kommen“

Wie und wo können Schäden oder Nebenwirkungen entstehen? Ein paar „Caves“... :

- ▶ „Reine TP light“ ohne emotionsfokussierende Techniken ist sicher kein Gewinn gegenüber KVT, u. U. bekommen Pat. hilfreiche Techniken vorenthalten
- ▶ Gemeinsame Vermeidung von Konfrontation durch Diskussion von Schemata ist vermutlich in der Regel wenig hilfreich
- ▶ Sekundärer Krankheitsgewinn, mangelnder Auftrag u.ä. sind in der Schematherapie genauso schädlich wie in jeder anderen Therapie → Klärung von Auftrag und Funktionalität sind hilfreicher als jede Art von „einfach durchgezogener Therapie“

Take-Home Messages

- ▶ Das schematherapeutische Moduskonzept lässt sich häufig gut einsetzen, um schwierige Situationen in der Behandlung zu konzipieren und die Behandlung zu planen
- ▶ Fokus auf komorbide Fälle mit Komplikationen in der Behandlung, die sich sinnvoll als Schemamodi konzipieren lassen! Wenn das nicht der Fall ist, über andere Alternativen nachdenken!
- ▶ Technisch sollte bei diesem Vorgehen eine stärkere Betonung emotionsfokussierter Techniken (Stuhldialoge, imaginative Techniken) stattfinden
- ▶ Anschlussfähig an verschiedene Verfahren, es muss nicht nur Schematherapie gemacht werden!

Das Werbebanner zum Abschluss ...



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Email: gitta.jacob@gaia-group.com

Instagram: [gitta.hamburg](https://www.instagram.com/gitta.hamburg)