

Faßbinder • Schweiger • Jacob

THERAPIE-TOOLS



2. Auflage

Schematherapie



ARBEITSMATERIAL

BELTZ

Faßbinder · Schweiger · Jacob

Therapie-Tools

Schematherapie

Eva Faßbinder · Ulrich Schweiger · Gitta Jacob

Therapie-Tools Schematherapie

Mit Arbeitsmaterial

2. Auflage

BELTZ

Anschriften der Autoren:

Dr. med. Eva Faßbinder
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universität zu Lübeck
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck
E-Mail: eva.fassbinder@psychiatrie.uk-sh.de

Prof. Dr. med. Ulrich Schweiger
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universität zu Lübeck
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck
E-Mail: ulrich.schweiger@psychiatrie.uk-sh.de

PD Dr. Gitta Jacob
GAIA AG
Gertigstr. 12-14
22303 Hamburg
E-Mail: gitta.jacob@gaia-group.com

Dieses E-Book ist auch als Printausgabe erhältlich
(ISBN 978-3-621-28359-5).

Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52 a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne eine solche Einwilligung eingescannt und in ein Netzwerk eingestellt werden. Dies gilt auch für Intranets von Schulen und sonstigen Bildungseinrichtungen.

Haftungshinweis: Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

2., neu ausgestattete Auflage 2016
1. Auflage 2011



© Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2016
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
<http://www.beltz.de>

Lektorat: Andrea Glomb
Herstellung: Sonja Frank
Gestaltungs- und Iconkonzept: David Wolpert, Julian Zimmermann, Mannheim
Umschlaggestaltung: Lina Marie Oberdorfer
Satz: SatzKiste GmbH, Stuttgart

E-Book

ISBN 978-3-621-28378-6

Inhaltsübersicht

Vorwort	8
1 Einführung in die Schematherapie	11
2 Psychoedukation	16
3 Modi bewusst wahrnehmen	85
4 Sicherheit herstellen	96
5 Die problematischen Kindmodi	111
6 Die problematischen Elternmodi	158
7 Die problematischen Bewältigungsmodi	187
8 Der Modus des fröhlichen Kindes	221
9 Der Modus des gesunden Erwachsenen	231
Übersicht Arbeitsblätter	253
Übersicht Informationsblätter	255
Hinweise zum Arbeitsmaterial	257
Literatur	258

Inhalt

Vorwort	8
1 Einführung in die Schematherapie	11
1.1 Maladaptive Schemata	11
1.2 Schema-Coping	11
1.3 Das Schema-Modus-Konzept	12
1.4 Fallkonzeptualisierung nach dem Modus-Konzept	12
1.5 Therapeutische Interventionen	13
2 Psychoedukation	16
2.1 Einführung	16
2.2 Erklärungen zu den Arbeitsmaterialien dieses Kapitels	16
2.2.1 Allgemeine Materialien zur Psychoedukation	17
2.2.2 Störungsspezifische Materialien zur Psychoedukation	17
3 Modi bewusst wahrnehmen	85
3.1 Einführung	85
3.2 Erklärungen zu den Arbeitsmaterialien dieses Kapitels	85
4 Sicherheit herstellen	96
4.1 Einführung	96
4.2 Erklärungen zu den Arbeitsmaterialien dieses Kapitels	96
5 Die problematischen Kindmodi	111
5.1 Einführung	111
5.2 Erklärungen zu den Arbeitsmaterialien dieses Kapitels	111
5.2.1 Allgemeiner Teil zu den problematischen Kindmodi	111
5.2.2 Die verletzlichen, traurigen Kindmodi	111
5.2.3 Die ärgerlichen, wütenden Kindmodi	112
5.2.4 Die impulsiven, undisziplinierten Kindmodi	113
6 Die problematischen Elternmodi	158
6.1 Einführung	158
6.2 Erklärungen zu den Arbeitsmaterialien dieses Kapitels	158
6.2.1 Allgemeiner Teil zu den problematischen Elternmodi	158
6.2.2 Der strafende Modus	159

6.2.3	Der leistungsfordernde Modus	159
6.2.4	Der emotional fordernde Modus	159
7	Die problematischen Bewältigungsmodi	187
7.1	Einführung	187
7.2	Erklärungen zu den Arbeitsmaterialien dieses Kapitels	187
7.2.1	Allgemeiner Teil zu allen Bewältigungsmodi	187
7.2.2	Spezieller Teil zu einzelnen Bewältigungsmodi	188
8	Der Modus des fröhlichen Kindes	221
8.1	Einführung	221
8.2	Erklärungen zu den Arbeitsmaterialien dieses Kapitels	221
9	Der Modus des gesunden Erwachsenen	231
9.1	Einführung	231
9.2	Erklärungen zu den Arbeitsmaterialien dieses Kapitels	231
	Übersicht Arbeitsblätter	253
	Übersicht Informationsblätter	255
	Hinweise zum Arbeitsmaterial	257
	Literatur	258

Vorwort

Die Verbreitung der Schematherapie hat in den letzten Jahren international große Fortschritte gemacht. Auch im deutschsprachigen Raum sind zahlreiche Artikel und Bücher zur Theorie und praktischen Durchführung der Schematherapie erschienen. Nach den grundlegenden Büchern von Young und Kollegen (Young et al. 2005, Young & Klosko, 2008), die den ursprünglichen Schema-Ansatz vorstellen, wird in neueren Büchern insbesondere die Arbeit mit dem Schema-Modus-Modell dargestellt (Arntz & van Genderen, 2010, Jacob & Arntz, 2015, Jacob et al., 2011). Das Modusmodell stellt die häufig sehr komplexen Probleme von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen oder anderen chronischen Problemen klar dar und wird nach unserer Erfahrung sowohl von Therapeuten als auch von Patienten schnell gut verstanden. Dieses Buch lehnt sich inhaltlich an das Therapeutenbuch von Jacob und Arntz (2015) und das Patientenbuch von Jacob et al. (2011) an und bietet eine große Auswahl an Arbeitsmaterialien, die direkt an Patienten ausgeteilt werden können. Der theoretische Hintergrund der Schematherapie wird für Therapeuten und Patienten verständlich erklärt. Anhand der Arbeitsblätter finden Therapeuten viele konkrete Vorschläge zur praktischen Umsetzung der Schematherapie.

Das Buch beginnt mit einem Kapitel zur Einführung in die Schematherapie. Unser Ziel war es, den Großteil dieses Bandes sowohl für Therapeuten als auch Patienten verständlich zu schreiben. Wir haben uns deshalb entschieden, den Theorieteil für Therapeuten knapp zu halten und verweisen hier auf die oben genannten Bücher. Die weiteren Kapitel sind jeweils so aufgebaut, dass zu Beginn eine kurze Einführung und Erklärung zu den Arbeitsmaterialien für Therapeuten erfolgt und sich im Anschluss daran die Arbeitsmaterialien finden. Kapitel 2 (Psychoedukation) bietet zunächst in einem allgemeinen Teil Informationen zu Schemata, Modi und deren Entstehungsbedingungen. Im speziellen Teil werden für jede Persönlichkeitsstörung störungsspezifische Informationen bereitgestellt. Kapitel 3 bietet Arbeitsmaterialien, mit denen Patienten trainieren können, Modi bewusst wahrzunehmen. Kapitel 4 beschäftigt sich mit dem in der Schematherapie so wichtigen Aspekt der zwischenmenschlichen Sicherheit. Im Anschluss finden sich Kapitel für jede Modusgruppe (problematische Kindmodi, problematische Elternmodi, problematische Bewältigungsmodi, Modus des fröhlichen Kindes und Modus des gesunden Erwachsenen).

Die Schematherapie versteht sich als transdiagnostische Methode – so haben wir auch in diesem Buch eine große Bandbreite an Materialien für verschiedene Störungen und Modi zusammengestellt. Es ist Aufgabe des Therapeuten, die für den Patienten relevanten Arbeitsmaterialien auszuwählen.

Aus Gründen der Einfachheit und Lesbarkeit haben wir bei den Begriffen Therapeut/-in und Patient/-in jeweils die männliche Form gewählt.

Um sich auf den Arbeits- und Informationsblättern direkt zurechtzufinden, sind alle mit verschiedenen Icons ausgestattet. An diesen können Sie sofort erfassen, für wen das Arbeits- oder Informationsblatt gedacht ist und wie die Handhabung erfolgen sollte. Folgende Icons werden Ihnen im Buch begegnen:



»Therapeut/in«: Dieses Icon kennzeichnet Arbeits- und Informationsblätter, die nur für den Therapeuten selbst gedacht sind.




»Patient/in«: Mit diesem Icon ausgezeichnete Arbeits- oder Informationsblätter werden dem Patienten zur Bearbeitung ausgehändigt.




»Ran an den Stift«: Dieses Icon fordert dazu auf, einen Stift zur Hand zu nehmen und Antworten und Überlegungen direkt auf dem Arbeitsblatt zu notieren.



»Hier passiert was«: An dieser Stelle werden Handlungsanweisungen für Therapeuten und Patienten gegeben.

 »Input fürs Köpfchen«: Hier werden Anregungen zum Weiter- und Ums-Eck-Denken gegeben – auf diese Weise markierte Abschnitte beinhalten Varianten oder Fortführungen der jeweiligen Übung.

 »Hier kommt die Maus«: Mit diesem Icon wird deutlich gemacht, welche Arbeitsblätter Sie auch in beispielhaft ausgefüllter Form in den Online-Zusatzmaterialien finden.

Dieses Buch entstand aus einer Kooperation der Arbeitsgruppen Schematherapie der Universitäten Freiburg und Lübeck. Wir freuen uns sehr über die gute Zusammenarbeit und möchten uns an dieser Stelle auch bei unseren Kollegen für die engagierte Arbeit bedanken. Ganz besonderer Dank gebührt auch Arnoud Arntz, David Bernstein, Hannie van Genderen, Joan Farrell und Ida Shaw, die uns in Schematherapie ausgebildet und für diese Methode begeistert haben. Valerija Sipos, Niclas Wedemeyer, Karen Eickhoff, Christine Zens und Gerhard Zarbock begleiten uns seit Jahren mit supervisorischem Input und hilfreichen kollegialen Diskussionen, dafür herzlichen Dank. Wir danken außerdem dem Beltz Verlag, insbesondere Frau Andrea Schrameyer und Frau Dr. Svenja Wahl, die uns in allen Belangen sehr effektiv unterstützt haben. Einen sehr herzlichen Dank möchten wir unseren Patienten und Patientinnen aussprechen, die uns immer wieder zu neuen Ideen inspirieren und unsere Arbeit so besonders machen. Zum Abschluss ist es uns ganz besonders wichtig, unseren Familien, Partnern und Freunden ein großes »Danke schön« für ihre immerwährende Unterstützung, Geduld und Toleranz auszusprechen.

Wir wünschen allen Lesern viel Freude bei der Arbeit mit diesem Buch und hoffen, dass Sie viele Anregungen für die Praxis finden.

Lübeck und Freiburg, im Sommer 2011

*Eva Faßbinder
Ulrich Schweiger
Gitta Jacob*

KAPITEL 1 /

Einführung in die Schematherapie

Die Schematherapie nach Jeffrey Young (Young & Klosko, 2008) bzw. Arnoud Arntz (Arntz & van Genderen, 2010) ist eine Weiterentwicklung der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT). Sie wurde gezielt für Nonresponder auf KVT entwickelt und integriert auch Techniken humanistischer Therapien wie der Gestalttherapie. Schematherapie wurde ursprünglich als störungsübergreifender Ansatz entwickelt. Darüber hinaus wurden mittlerweile für viele Persönlichkeitsstörungen (PS) störungsspezifische Modelle erarbeitet. Im Vergleich zur KVT sind folgende vier Merkmale bedeutsam:

- (1) Der Veränderung des **emotionalen Erlebens** kommt ein zentraler Stellenwert zu, dazu werden emotionsfokussierende Interventionen wie Imaginationsübungen und Stuhldialoge eingesetzt.
- (2) Die **Therapiebeziehung** wird konzeptualisiert als begrenzte elterliche Fürsorge (limited reparenting) in dem Sinne, dass der Therapeut einen aktiven, fürsorglichen und teilweise elternartigen Beziehungsstil gegenüber dem Patienten einnimmt.
- (3) Den **Erfahrungen aus Kindheit und Jugend** wird ein zentraler Stellenwert für die Entstehung von chronischen psychischen Problemen eingeräumt.
- (4) Handlungsleitend ist das Konzept der **Bedürfnisorientierung**; als Schemata werden solche Muster definiert, die aus früherer Bedürfnisfrustration herrühren und heute eine angemessene Erfüllung der eigenen Bedürfnisse verhindern.

1.1 Maladaptive Schemata

Ein Schema ist eine mentale Struktur, die der automatischen Informationsverarbeitung dient und die sowohl Kognitionen, Emotionen, Erinnerungen, Wahrnehmungen als auch interpersonelle Muster beinhaltet. Es wird davon ausgegangen, dass Schemata während der Kindheit angelegt wurden und durch Coping-Mechanismen und das interpersonelle Verhalten des Patienten während seines Lebens aufrechterhalten werden. Wenn ein bestehendes Schema aktualisiert wird, treten typischerweise intensive Gefühle auf, beispielsweise Angst, Traurigkeit oder Verlassenheit. Young et al. (2008) definierten auf der Grundlage klinischer Beobachtung 18 maladaptive Schemata, die untergliedert sind in insgesamt fünf sogenannte *Schemadomänen*. Jede Schemadomäne wird mit der Nichterfüllung bestimmter Grundbedürfnisse in der Kindheit in Verbindung gebracht. Grundsätzlich bestehen vermutlich bei den meisten oder allen Menschen in irgendeiner Form maladaptive Schemata. Zur psychischen Störung wird dies dann, wenn die Schemata so stark ausgeprägt sind, dass sie mit gestörtem emotionalen Erleben und entsprechenden Symptomen oder Funktionsproblemen einhergehen.

Genauere Erläuterungen zu den einzelnen Domänen und Schemata finden Sie im Informationsblatt 3 (»Die Schemata im Überblick«), in dem die 18 Schemata für Patienten kurz vorgestellt werden. Für detaillierte Information über die Entstehung und Bedeutung der Schemata sowie die Konsequenzen für den therapeutischen Umgang verweisen wir auf Young et al. (2008) sowie auf Jacob und Arntz (2011).

1.2 Schema-Coping

Ein gegebenes Schema geht nicht unbedingt mit einem ganz bestimmten Problemverhalten einher. Wie sich ein Schema in Beziehungen zeigt, hängt wesentlich vom jeweiligen Bewältigungsstil ab. In der Schematherapie werden drei verschiedene Copingstile unterschieden.

- (1) Von **Unterwerfung** wird gesprochen, wenn sich der Betroffene dem Schema »ergibt« und sich so verhält, als sei das Schema wahr. Er lässt damit zu, dass andere ihn schlecht behandeln (bis hin zu Missbrauch), selbst wenn es prinzipiell in seiner Macht läge, Grenzen zu ziehen.
- (2) **Vermeidung** liegt dann vor, wenn soziale Situationen und/oder Emotionen durch Rückzug oder andere Mechanismen wie etwa Substanzgebrauch umgangen werden. Auch Stimulation oder stark beruhigende oder besänftigende Tätigkeiten können der Vermeidung dienen.

- (3) **Überkompensation** liegt vor, wenn sich der Betroffene extrem dominant und selbstbewusst verhält, als sei das Gegenteil des Schemas wahr. Das bedeutet, sich beispielsweise bei Vorliegen eines Versagensschemas »aufzublasen« und eigene Erfolge stark zu betonen, oder bei einem Missbrauchsschema anderen gegenüber übermäßig selbstbewusst und aggressiv aufzutreten und eher andere zu missbrauchen, als weiteren Missbrauch zuzulassen.

1.3 Das Schema-Modus-Konzept

Mit einem einzigen Schema können sehr unterschiedliche Verhaltens- und Erlebensmuster verbunden sein. So kann sich eine Patientin mit starkem Versagensschema einerseits traurig, verzweifelt und hilflos fühlen, wenn ihr nur ein geringfügiger Fehler unterläuft. Andererseits kann sie möglicherweise in überkompensierender Weise extreme Leistungsfähigkeit zur Schau stellen und eigene Fehler negieren. Möglicherweise vermeidet sie Leistungssituationen aber auch, um nicht mit den damit verbundenen Gefühlen in Verbindung zu treten. Diese situativ wechselnden Zustände werden als unterschiedliche Schemamodi bezeichnet. Damit sind Schemata gewissermaßen Eigenschaften oder Traits, die den Modi zugrunde liegen. Schemamodi sind demgegenüber eher schemaassoziierte States oder Zustände, die teilweise sehr wechselhaft sein können. Gerade bei Patienten mit vielen verschiedenen Schemata, in denen entweder wechselnde oder sehr verharrende schemaassoziierte Zustände auftreten, ist es einfacher, auf diese Zustände (Modi) einzugehen, als immer wieder auf Schemata zu rekurrieren.

Das Schema-Modus-Konzept beinhaltet einen störungsübergreifenden Ansatz sowie störungsspezifische Moduskonzepte.

Im *störungsübergreifenden Ansatz* werden vier verschiedene Modus-Kategorien unterschieden:

- (1) **Maladaptive Kindmodi**, die sich entwickeln, wenn in der Kindheit wichtige Bedürfnisse, insbesondere Bindungsbedürfnisse, nicht angemessen erfüllt wurden. Kindmodi sind assoziiert mit intensiven negativen Gefühlen, z. B. große Angst vor Bedrohung oder Verlassenwerden, Hilflosigkeit, Traurigkeit (verletzliche Kindmodi), Wut oder Ärger (wütende Kindmodi).
- (2) **Dysfunktionale Elternmodi** zeigen sich durch Selbstabwertung, Selbsthass oder extremen Druck auf sich selbst. Es wird davon ausgegangen, dass sie internalisierte negative Annahmen über das Selbst reflektieren, die der Patient in Kindheit und Jugend aufgrund des Verhaltens und der Reaktionen anderer Personen (Eltern, Lehrer, Peers) erworben hat.
- (3) **Dysfunktionale Bewältigungsmodi** beschreiben einen übermäßigen Einsatz der Copingstile Vermeidung, Überkompensation oder Unterwerfung.
- (4) Mit dem sogenannten **Modus des gesunden Erwachsenen** werden adäquates emotionales Erleben und funktionales Erleben und Handeln zusammengefasst.

Die wichtigsten Schemamodi sind im Informationsblatt 4 (»Die Modi im Überblick«) beschrieben. Weitere Informationen finden Sie in den Kapiteln zu den jeweiligen Modi.

1.4 Fallkonzeptualisierung nach dem Modus-Konzept

Zu Beginn der Behandlung wird ein Fallkonzept erstellt, mit dem die Probleme und Symptome des Patienten, seine interpersonellen Schwierigkeiten, problematischen Emotionen und die dazugehörigen biografischen Informationen systematisch in einem Modus-Konzept zusammengefasst werden.

- **Wesentliche Probleme und Symptome des Patienten:** An erster Stelle stehen diejenigen Probleme, die den Patienten zur Aufnahme einer Psychotherapie bewegt haben. Dazu gehören Symptome, Beziehungsprobleme, Lebensprobleme etc. Auch die berichteten Zusammenhänge zwischen verschiedenen Symptomen sind relevant. Beispielsweise sind intensive depressive Gefühle oder Angstgefühle häufig dem vulnerablen Kindmodus zuzuordnen. Wenn ein Patient berichtet, Angst und Verzweiflung mit Alkohol oder Internetspielen betäuben zu müssen, so werden die Gefühle von Angst und Verzweiflung dem vulnerablen Kindmodus zugeordnet, während der Gebrauch von Alkohol und Internetspielen zur Selbststimulation einem distanzierend/stimulierenden vermeidenden Bewältigungsmodus zugeordnet werden. Dabei kann es vorkommen, dass dasselbe Symptom bei demselben Patienten je nach Situation verschiedenen Modi zugeordnet wird, oder dass ein Symptom bei verschiedenen Personen zu verschiedenen Modi gehört.

- ▶ **Biografische Informationen:** Als zweite wichtige Informationsquelle dient die Biografie des Patienten. Der Selbstbericht des Patienten muss dabei ergänzt werden um spezifische Exploration. Für die Erklärung von dysfunktionalen Elternmodi wird spezifisch erhoben, mit welchen Personen (Eltern, Geschwistern, Peers, Lehrern, Trainern etc.) negative Erfahrungen gemacht wurden. Neben der Exploration sind Fragebogendaten sowie der Verlauf diagnostischer Imaginationsübungen hilfreich.
- ▶ **Interpersonelle Verhaltensweisen:** Die dritte wichtige Informationsquelle ist das aktuelle Verhalten des Patienten in der therapeutischen Situation. Dabei wird davon ausgegangen, dass die in der Therapiebeziehung gezeigten Muster auch in anderen Beziehungen relevant sind.

1.5 Therapeutische Interventionen

Das übergreifende Ziel in der Schematherapie besteht darin, mit dem Patienten zu erarbeiten, welche Bedürfnisse in seiner Biografie nicht erfüllt wurden, wie dysfunktionale Schemata und Modi sich entwickelt haben, wie diese den Patienten gegenwärtig einschränken, und wie eigene Bedürfnisse aktuell angemessener erfüllt werden können. Dazu wird gemeinsam ein individuelles Modusmodell erarbeitet. In der folgenden Behandlung werden alle auftretenden Probleme oder Symptome in diesem Moduskonzept konzeptualisiert und behandelt. Das heißt, es wird jeweils erarbeitet, welche Modi bei einem bestimmten Problem beteiligt sind, und dann modusspezifisch interveniert. Für jeden Modus-Typ werden damit jeweils spezifische Behandlungsziele verfolgt (Übersicht in Abb. 1.1).

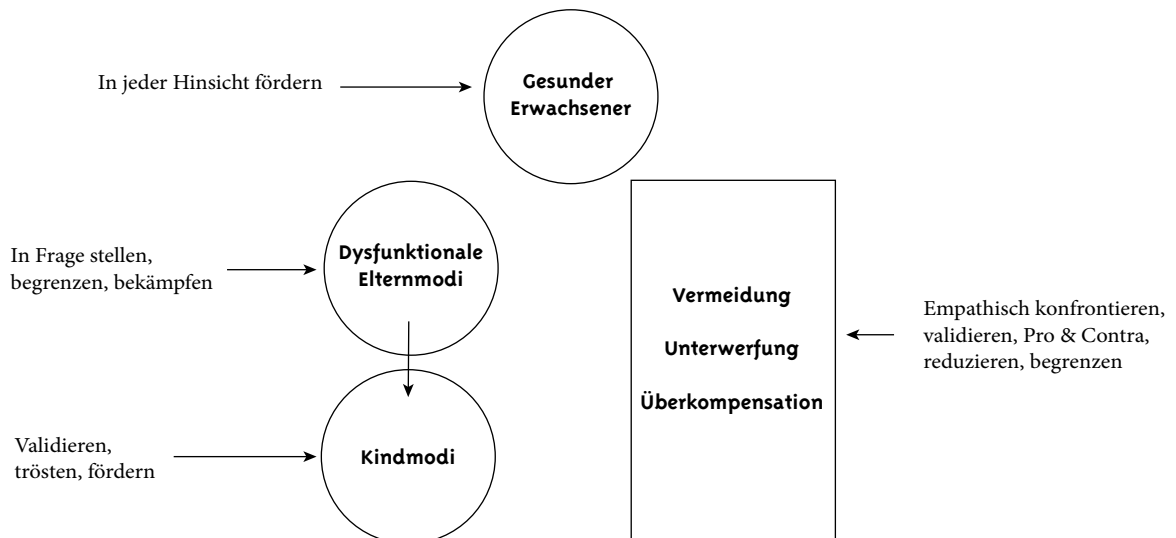


Abbildung 1.1 Interventionen – Übersicht

Um diese Ziele zu erreichen, werden kognitive, emotionsorientierte sowie verhaltensorientierte Interventionen eingesetzt. Darüber hinaus wird die Therapiebeziehung gezielt konzeptualisiert als »begrenzte elterliche Fürsorge« (limited reparenting) in Verbindung mit dem Setzen von angemessenen Grenzen. An dieser Stelle werden die therapeutischen Techniken kurz umrissen. Für ausführliche Informationen verweisen wir auf Jacob und Arntz (2011).

Kognitive Techniken. Kognitive Techniken werden zur Psychoedukation des Patienten über seine Schemata und Modi sowie ihre Entstehungsbedingungen eingesetzt. Auch die Informationsvermittlung zu Grundbedürfnissen von Kindern und Emotionen spielt eine wichtige Rolle. Dysfunktionale Überzeugungen des Patienten und ihr biographischer Ursprung werden herausgearbeitet und ins Modusmodell eingeordnet. Danach wird die Gültigkeit von Schemata oder Modi anhand von Pro- und Kontra-Überlegungen überprüft. Schemakongruente Denkfehler werden diskutiert und korrigiert und Vor- und Nachteile von Coping-Strategien erörtert (Übersicht in Abb. 1.2).

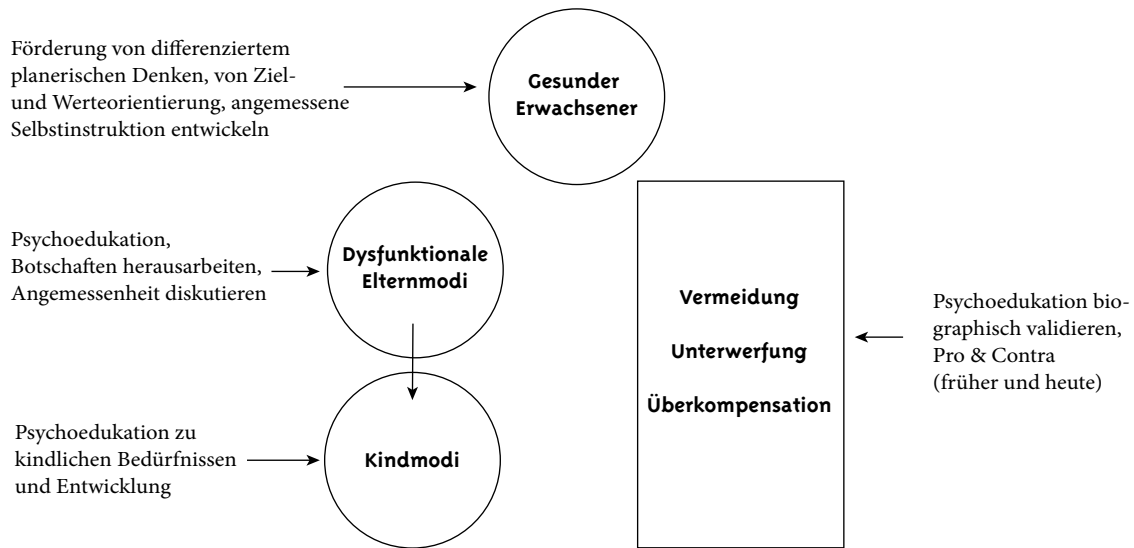


Abbildung 1.2 Kognitive Techniken

Emotionsorientierte Techniken. Im Rahmen emotionsfokussierender Techniken sollen Patienten lernen, Gefühle wie z. B. Traurigkeit und Wut zum Ausdruck zu bringen und so verstärkt Affekte zu erleben, die die Fokussierung auf ihre eigenen Bedürfnisse und Ziele stärken. Die wichtigsten Techniken sind dabei imaginative Verfahren sowie die Arbeit mit Stuhldialogen. Im Rahmen von Imaginationsübungen werden Schemata oder Modi aktiviert, indem aktuelle Emotionen vertieft und mit biografischen Gedächtnisbildern verbunden werden. Die wichtigste Intervention mit Kindheitsimaginationen ist das sogenannte »Imagery Rescripting«, in dem die imaginierte (in der Regel traumatische) Situation so verändert wird, dass die Bedürfnisse des vorher nicht ausreichend versorgten Kindes befriedigt werden. In der Stuhlarbeit werden Dialoge zwischen verschiedenen Modi durchgeführt, wobei diese verschiedenen Seiten auf verschiedenen Stühlen dargestellt werden. Dabei sollen auch die mit diesen Prozessen aktivierten Affekte zum Ausdruck gebracht und geklärt werden (Übersicht in Abb. 1.3).

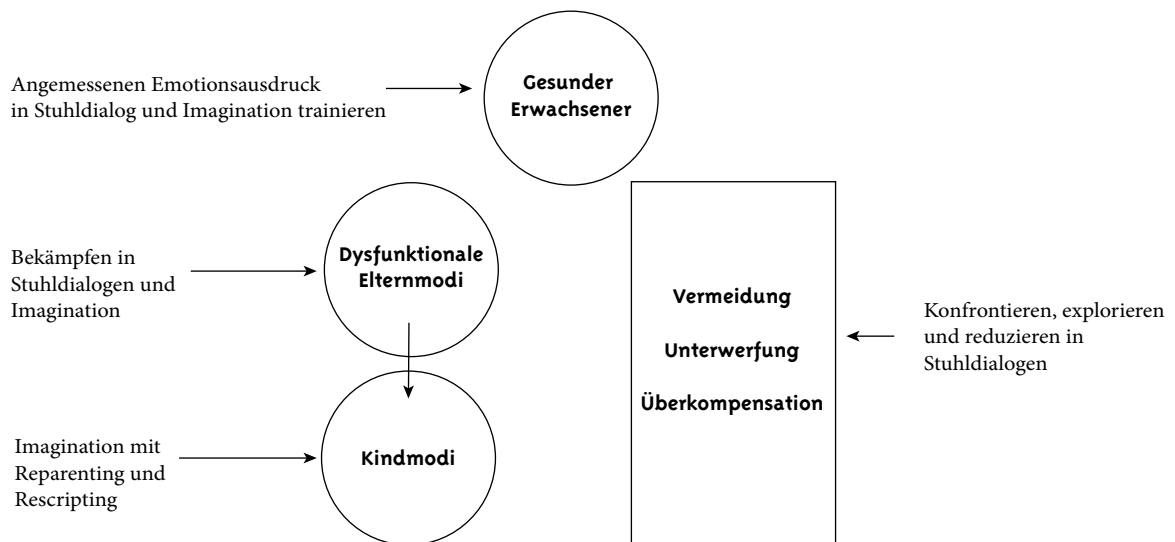


Abbildung 1.3 Emotionsorientierte Techniken

Behaviorale Techniken. Zum Unterbrechen von ungünstigen Verhaltensmustern und zur Arbeit an Symptomen im Sinne von Verhaltensexzessen oder -defiziten werden grundsätzlich alle Techniken der Verhaltenstherapie eingesetzt. Dazu gehören Rollenspiele und Hausaufgaben ebenso wie Expositionsübungen, Verhaltensexperimente, Skills-Trai-

ning, Aufbau von Aktivitäten oder Entspannungstechniken (Übersicht in Abb. 1.4). Das Hauptziel dabei ist, dass der Patient mehr Zeit im gesunden Erwachsenenmodus verbringt.

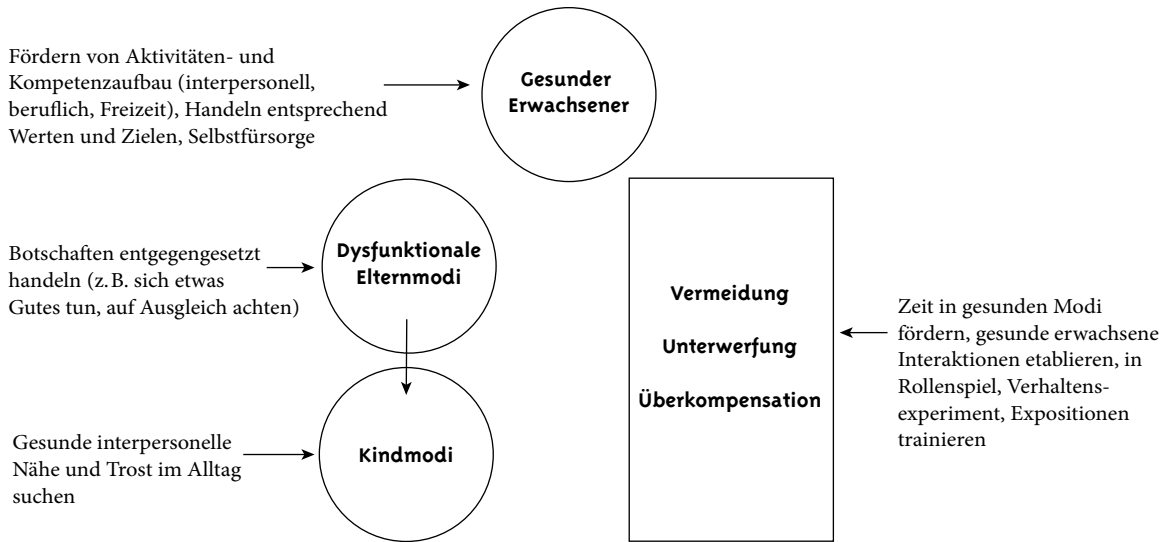


Abbildung 1.4 Behaviorale Techniken

Therapiebeziehung. In der Therapiebeziehung stellt der Therapeut seinen Beziehungsstil gezielt auf die Schemata und Modi des Patienten ein. Mit dem Konzept des »limited reparenting« (begrenzte elterliche Fürsorge) wird beschrieben, dass in der Therapiebeziehung diejenigen Bedürfnisse, die in der Kindheit des Patienten frustriert worden sind, in bestimmten Grenzen erfüllt werden. Dazu gehören einerseits Warmherzigkeit und Fürsorge. Es kann jedoch auch bedeuten, Patienten Grenzen zu setzen oder sie zu autonomerem Verhalten aufzufordern.

Die Therapiebeziehung schafft einen »sicheren Hafen« für den Patienten, stellt aber auch gleichzeitig eine Quelle der Veränderung dar. Eine wichtige Technik dabei ist die sogenannte »empathische Konfrontation«. Das heißt, dass der Therapeut, wenn eine stabile therapeutische Beziehung aufgebaut ist, den Patienten auf freundliche, persönliche, aber sehr klare Weise mit den Konsequenzen seines Verhaltens konfrontiert. Hierbei spricht er seine eigenen Emotionen, die das Verhalten bei ihm auslösen, an. Gleichzeitig betont er, dass die Verhaltensmuster des Patienten auf der Grundlage seiner Biografie nachvollziehbar sind (Übersicht in Abb. 1.5).

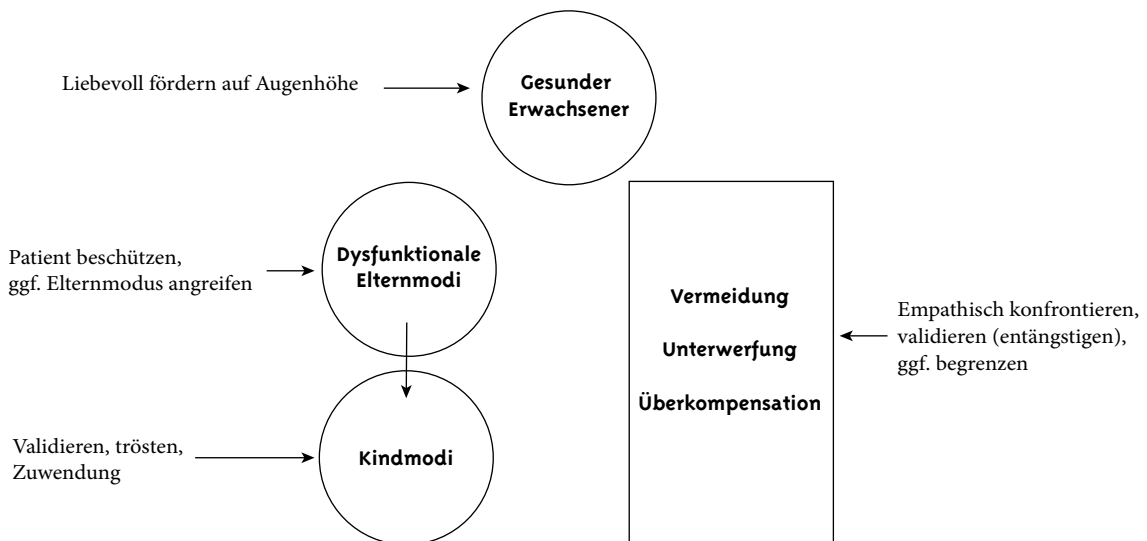


Abbildung 1.5 Therapiebeziehung »limited reparenting«

KAPITEL 2 /

Psychoedukation

2.1 Einführung

Arbeit mit Schemata oder Modi?

In der Schematherapie wird in den letzten Jahren insbesondere bei der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen zunehmend das Modusmodell in den Vordergrund gestellt. Es stellt die häufig sehr komplexen Probleme der Patienten klar dar und wird nach unserer Erfahrung sowohl von Therapeuten als auch von Patienten schnell gut verstanden. Mit dem Modusmodell kann das aktuelle Handeln, Fühlen und Denken unmittelbar eingeordnet und validiert werden, moduspezifische Intervention können transparent abgeleitet werden.

In diesem Therapie-Tools-Band wird deshalb wie im Therapeuten- und Patientenbuch unseres Autorentams (Jacob & Arntz, 2015; Jacob et al., 2011) mit dem Modusmodell gearbeitet. Die Kenntnis der zugrunde liegenden Schemata ist insbesondere für Therapeuten hilfreich, für Patienten mit komplexen Problemen und mehreren Schemata und Modi kann es jedoch verwirrend sein. Da das Arbeitsgedächtnis des Menschen auf ca. sieben Einheiten beschränkt ist, ist auch eine Beschränkung des Modusmodells auf vier bis sieben problematische Modi sinnvoll.

Schematherapie ist eine störungsübergreifende Methode

Das Modusmodell ist als eine transdiagnostische Methode zu verstehen, in die grundsätzlich jegliches psychopathologische Problem, aber auch gesundes Verhalten, Denken und Fühlen eingeordnet werden kann. Für die meisten Persönlichkeitsstörungen wurden mittlerweile störungsspezifische Modusmodelle entwickelt und empirisch getestet (Lobbestael et al., 2008, 2010; Bamelis et al., 2011). In den störungsspezifischen Modusmodellen werden die Modi zusammengefasst, die bei Patienten mit dieser Erkrankung typischerweise gefunden werden. Dabei sind die Modelle grundsätzlich als grobes Gerüst zu verstehen. Aufgrund der Komplexität und der hohen Komorbidität ist es häufig sinnvoll, das störungsspezifische Modusmodell im individuellen Fall zu erweitern oder zu ergänzen.

Zu Achse-I-Störungen bestehen bisher keine empirisch getesteten störungsspezifischen Modus-Modelle. Es ist Aufgabe des Therapeuten, das Modusmodell individuell anzupassen.

Erstellung eines individuellen Modusmodells

Es ist in jedem Fall immer notwendig, auch bei störungsspezifischen Therapien, das Modusmodell individuell mit dem Patienten zu erstellen, um seiner individuellen Problematik und Geschichte gerecht zu werden. Empfehlenswert ist zudem auch bei jeder schematherapeutischen Behandlung eine ausführliche strukturierte Diagnostik beispielsweise mit SKID-I und II (Fydrich et al., 1997; Wittchen et al., 1997), um alle wichtigen Symptome zu erfassen und gemeinsam mit dem Patienten im Modusmodell einzuordnen. Entscheidend für die Therapieplanung ist, dass zu Beginn der Behandlung das Modusmodell sowohl für den Patienten als auch für den Therapeuten in überzeugender Weise die wesentlichen Probleme des Patienten abbildet. Je besser der Patient seine individuelle Problematik und die jeweiligen Modi verstanden hat, umso sicherer wird er im weiteren Therapieverlauf seine Modi erkennen und umso mehr Akzeptanz und Bereitschaft wird von seiner Seite vorhanden sein, diese ggf. zu verändern.

2.2 Erklärungen zu den Arbeitsmaterialien dieses Kapitels

In diesem Kapitel finden sich allgemeine Arbeitsmaterialien zur Psychoedukation sowie störungsspezifisches Informationsmaterial für die meisten Persönlichkeitsstörungen.

2.2.1 Allgemeine Materialien zur Psychoedukation

► **INFO 1 / Was ist Schematherapie?**

Dies ist eine allgemeine Einführung, in der die grundsätzlichen Prinzipien der Schematherapie für Patienten verständlich erklärt werden. Das Informationsblatt kann zu Beginn der Behandlung eingesetzt werden, damit Patienten wissen, was auf sie zukommt. Das schafft Transparenz und Sicherheit.

► **INFO 2 / Ziele der Schematherapie**

Dieses Informationsblatt fasst die wesentlichen Ziele der Schematherapie mit Bezug auf die verschiedenen Modi zusammen. Es kann während der gesamten Therapie als Wegweiser dienen und wiederholt eingesetzt werden.

► **INFO 3 / Die Schemata im Überblick und INFO 4 / Die Modi im Überblick**

Diese Informationsblätter geben einen Überblick über alle Schemata und Modi. Sie sind vor allem für Therapeuten gedacht und fassen den theoretischen Hintergrund knapp zusammen. Nach Einschätzung des Therapeuten können Informationen für den Patienten herausgenommen werden.

► **INFO 5 / Allgemeines Entstehungsmodell zu Schemata und Modi**

Dieses Informationsblatt stellt ein allgemeines Entstehungsmodell zu dysfunktionalen Schemata und Modi vor. Es bietet sich vor allem für Patienten mit Achse-I-Störung an, für die keines der störungsspezifischen Entstehungsmodelle zu den Persönlichkeitsstörungen passend ist.

► **AB 1 / Mein Modus-Modell**

Dieses Arbeitsblatt bietet eine Vorlage zur Erarbeitung eines individuellen Modusmodells. Hiermit können gemeinsam mit dem Patienten die wichtigsten Symptome den Modi zugeordnet und der biographische Zusammenhang dargestellt werden. Das Modusmodell dient während der gesamten Therapie als Landkarte und wird immer wieder eingesetzt, um die aktuellen Modi einzuordnen. Dazu sollen die Symptome in die Formen für den jeweiligen Modus eingetragen und der dazugehörige biographische Hintergrund nach Möglichkeit mit Pfeilen vermerkt werden. Es empfiehlt sich deshalb, es während der Sitzungen immer vorliegen zu haben. Sowohl Patient als auch Therapeut sollten ein Exemplar besitzen. Bei neuen Symptomen oder Informationen kann das Modusmodell im Verlauf ergänzt werden. In den störungsspezifischen Materialien sind viele Fallkonzeptualisierungen beispielhaft dargestellt.

2.2.2 Störungsspezifische Materialien zur Psychoedukation

Für jede Persönlichkeitsstörung liegt ausführliches Informationsmaterial vor. Diese umfasst drei Informationsblätter (zur typischen Symptomatik, zu den wichtigsten Modi und zum Entstehungsmodell) und ein Fallbeispiel, an dem die Patienten die Identifikation der Modi üben können. Zur Überprüfung und Hilfestellung gibt es zu jedem Fallbeispiel eine passende Fallkonzeptualisierung.

► **INFO / Die wichtigsten Symptome der jeweiligen Persönlichkeitsstörung**

In den Informationsblättern zur Symptomatik werden für jede Persönlichkeitsstörung neben den DSM-IV-Symptomen weitere typische Symptome aufgeführt, um die Störung noch besser zu umschreiben. Dies ist insbesondere bei der narzisstischen Persönlichkeitsstörung wichtig, da sich die DSM-IV Symptome hier ausschließlich auf den Modus der Selbstüberhöhung beziehen und nur die »unsympathischen Aspekte« der Persönlichkeitsstörung einschließen. Patienten verneinen diese Symptome meist und fühlen sich vor den Kopf gestoßen, was zu Commitment-Problemen führt. Das Aufgreifen und Validieren der verletzlichen Seiten soll einen besseren Zugang zu diesen schwer zu behandelnden Patienten ermöglichen. Gleichzeitig hilft diese Herangehensweise auch dem Therapeuten, ein besseres Verständnis für die äußerst belasteten Patienten zu entwickeln und Empathie auch in schwierigen Interaktionssituationen aufrechtzuerhalten.

► **INFO / Die wichtigsten Modi der jeweiligen Persönlichkeitsstörung**

Hier werden die Modi, die am häufigsten bei Patienten mit dieser Persönlichkeitsstörung gefunden werden, störungsspezifisch erklärt. Dazu werden die typischen Symptome denjenigen Modi zugeordnet, in denen sie am häufigsten auftreten. Es ist zu beachten, dass manchmal Symptome auch in verschiedenen Modi auftreten können, daher ist die Erörterung der individuellen Lerngeschichte und des Kontextes von Problemverhalten immer wichtig für die Einordnung in das Modusmodell. Wenn Patienten das Modusmodell gut verstanden haben, kön-

nen sie meist selbst ihre Symptome zuordnen. Zusätzlich muss immer beachtet werden, dass neben den aufgeführten störungsspezifischen Modi noch weitere Modi auftreten können.

► **INFO / Das Entstehungsmodell der jeweiligen Persönlichkeitsstörung**

In diesem Informationsblatt werden die für die Ätiologie verantwortlichen Faktoren, soweit sie klar sind, für Patienten verständlich dargestellt, um die individuelle Problematik zu erklären und zu validieren. Erst wenn Patient und Therapeut das Störungsmodell gut verstanden haben, ist ein Übergang zur Veränderung möglich. An dieser Stelle eignet sich eine Psychoedukation zu den Grundbedürfnissen von Kindern, um zu überprüfen, inwieweit diese bei dem Patienten erfüllt wurden. Entsprechende Arbeitsmaterialien finden sich im Kapitel zu den problematischen Kindmodi (Kap. 5).

► **AB / Jeweilige Persönlichkeitsstörung: Achtsamkeit für Modi trainieren**

In diesem Arbeitsblatt werden typische Fallbeispiele zu jeder Persönlichkeitsstörung vorgestellt. Patienten können daran üben, Modi zu identifizieren. Das verbessert ihre Fertigkeiten, die Modi auch bei sich selbst zu erkennen. In die Fallbeispiele sind lebensgeschichtliche Informationen integriert, damit auch die Herkunft der Modi besprochen und in der Folge am Fall des Patienten reflektiert werden kann. Patienten erleben es meist als Entlastung, dass andere Menschen ähnliche Probleme haben und dass es dafür Erklärungen gibt. Dies ist einer der großen Vorteile von gruppentherapeutischen Behandlungskonzepten. Mit den Fallbeispielen lässt sich dieser Effekt ein wenig in die einzeltherapeutische Behandlung transportieren. Selbstverständlich lassen sich diese Materialien sowohl in der Gruppe als auch in der Einzeltherapie einsetzen.

Was ist Schematherapie?

1/3

Die Schematherapie nach Jeffrey Young ist eine Methode der Verhaltenstherapie, die v. a. für die Behandlung von Patienten mit komplexen psychischen Problemen entwickelt wurde.

Schematherapie bezieht sich dabei nicht nur auf aktuelle Probleme, sondern auch auf deren Entstehungsgeschichte, die überwiegend in der Kindheit und Jugend zu finden ist.

Was ist ein Schema?

Jeder Mensch entwickelt in seiner Kindheit Konzepte (Schemata) von sich selbst, von anderen und von der Welt. Diese Schemata sind die Grundlage dafür, wie er später mit den verschiedenen Situationen im Erwachsenenleben umgeht. Ein Schema ist demnach ein meist in der Kindheit entwickeltes festes Muster aus zusammengehörigen Erinnerungen, Gefühlen und Gedanken. Wenn die Grundbedürfnisse von Kindern (z. B. Sicherheit, Liebe, Akzeptanz oder Freiheit, sich auszudrücken) erfüllt werden, entstehen gesunde Schemata und Kinder können positive Bilder von sich, anderen und der Welt als Ganzes entwickeln. Manche Menschen erfahren jedoch während ihrer Kindheit keine Unterstützung und Sicherheit, sondern werden emotional vernachlässigt. Dadurch ist es ihnen nicht möglich, gesunde Konzepte über sich selbst und ihre Umwelt zu lernen. Dann entstehen in Wechselwirkung mit biologischen Faktoren (Temperament und Veranlagung des Kindes) dysfunktionale (problematische) Schemata. Wenn traumatische Erfahrungen wie der Verlust eines Elternteils oder emotionaler, körperlicher oder sexueller Missbrauch hinzukommen, ist die Wahrscheinlichkeit für die Entstehung dysfunktionaler Schemata noch größer.

Was sind dysfunktionale Bewältigungsstrategien?

Bewältigungsstrategien sind Mechanismen für den Umgang mit den durch die Schemata ausgelösten unangenehmen Emotionen. Es gibt drei Methoden, mit diesen Emotionen umzugehen: Erstarren, Fliehen oder Kämpfen. Das lässt sich zum Beispiel auch bei Angst und Bedrohung im Tierreich beobachten. Werden bei Menschen Schemata aktiviert, so reagieren sie mit einer dieser Methoden:

- ▶ Unterwerfung (Erstarren, schemabestätigendes Verhalten)
- ▶ Vermeidung (Flucht, schemavermeidendes Verhalten)
- ▶ Überkompensation (Kampf, dem Schema entgegengesetztes Verhalten)

Was ist ein Modus?

Bei Patienten mit chronischen psychischen Problemen sind häufig so viele Schemata und Bewältigungsstrategien gleichzeitig aktiviert, dass es weder für Patienten noch für Therapeuten möglich ist, den Überblick zu behalten. Um dieses Problem zu lösen, wurde das Modus-Modell entwickelt. Ein Modus ist ein bestimmtes Verhaltenssteuerungsprogramm, das maßgeblich das Fühlen, Denken und Handeln in der aktuellen Situation beeinflusst. Man kann sich den Modus ähnlich wie eine DVD vorstellen: Wenn eine DVD in den DVD-Player eingelegt wird, erscheint auf dem Bildschirm eine bestimmte vorgegebene Abfolge von Bildern und Musik. Übertragen gesehen wird das Einlegen der jeweiligen »Modus-DVD« durch bestimmte Umgebungsbedingungen oder Gedanken ausgelöst (die »emotionalen Knöpfe«). Ist die »Modus-DVD« dann eingelegt, werden alle Informationen im Sinne des Modus ausgewertet, ein für den Modus typisches Muster an Gefühlen, Gedanken, Körperreaktionen und Verhalten wird vorgegeben.

Jeder Mensch hat verschiedene gesunde und maladaptive Modi. Zu jedem Zeitpunkt sind einige dieser Modi inaktiv, während der vorherrschende, aktive Modus (»die eingelegte DVD«) unsere Sicht auf uns selbst und die Umwelt, unsere Stimmungslage und unser Handeln bestimmt, ohne dabei vollständig bewusst zu sein. Jeder Mensch kann lernen, zu erkennen, welche »Modus-DVD« er gerade eingelegt hat. Dies ist sehr hilfreich, um das eigene Handeln, Fühlen und Denken zu verstehen und gegebenenfalls schrittweise zu verändern, wenn es zu Schwierigkeiten führt (»die DVD wechseln«).

Schemata sind überdauernd und sehr rigide, wohingegen Modi sehr schnell wechseln können und den emotionalen Zustand im Hier und Jetzt betreffen.

Was ist Schematherapie?

2/3

Es gibt vier Gruppen von Modi: Kindliche Modi, Elternmodi, Bewältigungsmodi und gesunde Modi.

Kindmodi. In den kindlichen Modi werden Menschen von ihren Gefühlen überflutet und fühlen sich diesen ausgeliefert. Sie fühlen sich dabei z. B. sehr traurig, verlassen und hilflos oder sehr wütend und handeln impulsiv.

Elternmodi. In den Elternmodi gehen Menschen sehr hart mit sich ins Gericht. Sie sind selbstabwertend, fordern viel Leistung und bestrafen sich für kleinste Fehler.

Bewältigungsmodi. In den Bewältigungsmodi versuchen Menschen mit den emotionalen Schmerzen, die durch die kindlichen und Elternmodi ausgelöst werden, umzugehen. Hierzu werden die oben beschriebenen Bewältigungsstrategien angewendet.

Gesunde Modi. In den gesunden Modi können Menschen mit intensiven Emotionen umgehen, Probleme lösen und gesunde Beziehungen zu anderen Menschen gestalten. Sie sind sich ihrer Bedürfnisse, Möglichkeiten und Grenzen bewusst und handeln entsprechend ihrer Werte und Ziele.

Ihr Therapeut wird die für Sie relevanten Modi mit Ihnen besprechen und Ihnen entsprechende Arbeitsmaterialien aushändigen.

Ziele der Schematherapie

Der Therapeut hat in der Schematherapie das Ziel und die Aufgabe, die kindlichen Modi zu versorgen und zu trösten, sodass die frustrierten Bedürfnisse im Hier und Jetzt erfüllt werden und neue gesündere Schemata erlernt werden können. Gleichzeitig müssen dazu die Elternmodi bekämpft und reduziert werden. Die Bewältigungsstrategien sollen hinterfragt und ggf. durch gesündere Strategien ersetzt werden. Das allerwichtigste Ziel ist es, den Modus des gesunden Erwachsenen so zu stärken, dass der Patient selbst mehr und mehr diese Aufgaben übernehmen kann. Auf Informationsblatt 2 sind diese Ziele in Bezug auf das Modusmodell veranschaulicht.

Woraus besteht die Therapie?

Die Therapie nutzt verschiedene Methoden und Übungen, um diese Ziele zu erreichen. Dabei ist die therapeutische Beziehung von essentieller Bedeutung. Die therapeutischen Techniken setzen über drei Zugangswege an:

- ▶ über das Denken (**kognitive Techniken**),
- ▶ über das Fühlen (**emotionsorientierte Techniken**) und
- ▶ über das Handeln (**verhaltensbezogene Techniken**).

Beziehung zu dem Therapeuten

Die Schaffung einer sicheren therapeutischen Beziehung ist ein zentraler Punkt in der Schematherapie. Im Rahmen der begrenzten elterlichen Fürsorge erfüllt der Therapeut in einem begrenzten Ausmaß die in der Kindheit nicht erfüllten Bedürfnisse des Patienten. Der Therapeut hilft dem Patienten, Dinge zu erlernen, die er in seiner Kindheit nicht lernen konnte. Er unterstützt den Patienten, anstatt ihn zu kritisieren oder zu bestrafen, sodass der Patient neue emotionale Reaktionen erlernen kann.

Kognitive Techniken. Kognitive Techniken beschäftigen sich mit Gedanken und Vorstellungen über sich selbst, andere Menschen und die Welt. Sie werden eingesetzt, um die Gültigkeit von Schemata oder Modi zu überprüfen. Zu den kognitiven Techniken gehören: Wissensvermittlung zu den Schemata und Modi, zu den Grundbedürfnissen von Kindern und zu Emotionen, Pro- und Kontra-Überlegungen zu bestimmten wichtigen Gedankengängen oder Handlungsmustern, das Führen von Modus-Tagebüchern, die Analyse des Zusammenspiels verschiedener Modi in schwierigen Situationen, das Erstellen von Selbstinstruktionskarten (Karten mit hilfreichen Alternativüberlegungen, die die Aussagen dysfunktionaler Modi relativieren) oder das Führen eines Ereignis-Tagebuchs.



Emotionsorientierte Techniken. Emotionsorientierte Techniken sind Techniken, die sich direkt auf Emotionen beziehen. Bei den meisten Patienten wurde in der Kindheit der Ausdruck von Gefühlen oder Bedürfnissen unterdrückt, bestraft oder nicht beachtet. Daraus resultieren im Erwachsenenleben vielfältige Probleme im Umgang mit Gefühlen. Ein wichtiges Thema der Therapie ist deshalb die Entwicklung eines neuen Umgangs mit Emotionen und Bedürfnissen. Die wichtigsten emotionsorientierten Techniken sind imaginative Verfahren und sogenannte »Stuhldialoge«. Bei Imaginationsübungen bittet der Therapeut den Patienten, die Augen, wenn möglich, zu schließen und sich eine bestimmte Situation vorzustellen (z. B. einen sicheren Ort oder eine Situation in der Vergangenheit). Da ein möglichst intensiver Kontakt zu den Emotionen gewünscht ist, wird der Patient bei Imaginationsübungen gebeten, möglichst in Ich- und Gegenwarts-Form zu berichten. Beim »Imagery Rescripting« unterstützt der Therapeut den Patienten, unangenehme Kindheitserinnerungen in der Weise zu verändern, dass der Patient als Kind sicher ist (z. B. durch Stoppen von problematischen Verhaltensweisen anderer) und seine Bedürfnisse ausreichend versorgt werden. Auf diese Weise kann der Patient die Erfahrung machen, dass seine Emotionen und Bedürfnisse normal waren, nicht aber das Verhalten seines Umfeldes.

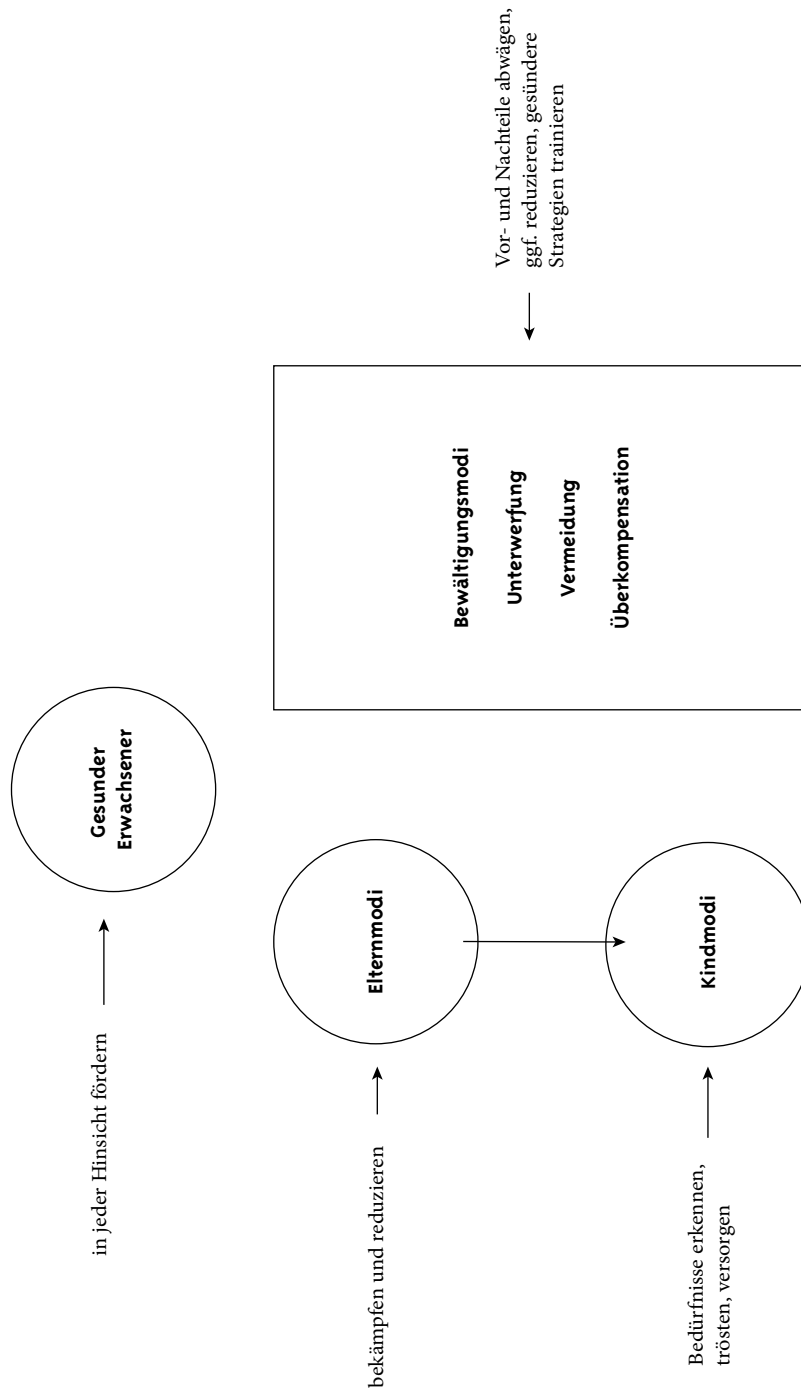
Bei den Stuhldialogen werden Dialoge zwischen verschiedenen Modi oder zwischen einem Schema und einer gesunden Sichtweise durchgeführt. Diese verschiedenen Seiten werden auf verschiedenen Stühlen dargestellt.

Verhaltensbezogene Techniken. Nicht nur Emotionen und Gedanken sind Gegenstand der Therapie, sondern auch das Verhalten. Verhaltensbezogene Techniken sind Übungen, mit denen neues Verhalten erprobt wird. Hierzu gehören beispielsweise das Üben von neuen Verhaltensweisen, Rollenspiele oder der Aufbau von Aktivitäten.

Was Sie erwarten können

Eine Kombination der beschriebenen Techniken führt zu einer Stärkung des gesunden Erwachsenenmodus mit dem Ziel, dass Sie Ihr Leben entsprechend der eigenen Ziele und Werte gestalten können und Kompetenz im Umgang mit anderen Menschen und sich selbst (eigene Bedürfnisse, Emotionen, Möglichkeiten und Grenzen) erlangen.

Ziele der Schematherapie



In diesem Arbeitsblatt werden die 18 Schemata, wie sie von Young et al. (2008) beschrieben und zusammengefasst wurden, kurz dargestellt. Die 18 Schemata werden in fünf Gruppen (Schemadomänen) unterteilt, die jeweils kurz vorgestellt werden, bevor die Schemata beschrieben werden. Jede Schemadomäne wird mit der Nichterfüllung bestimmter Grundbedürfnisse in der Kindheit in Verbindung gebracht.

— Schemadomäne I: Fehlende Sicherheit und Zurückweisung

Schemata dieser Domäne entstehen, wenn die Bedürfnisse nach Sicherheit, Geborgenheit, Bindung und Schutz in der Kindheit nicht angemessen erfüllt wurden.

- (1) **Verlassenheit/Instabilität:** Menschen mit diesem Schema sind davon überzeugt, dass wichtige Beziehungen niemals halten werden, und sind dementsprechend ständig mit der Angst konfrontiert, von anderen verlassen oder im Stich gelassen zu werden. Sie fühlen sich einsam und verlassen, ohne jemanden, der ihnen verlässlich Schutz, emotionale Unterstützung, Verbundenheit oder Wärme geben kann. Menschen mit diesem Schema berichten aus ihrer Kindheit Erfahrungen von Verlassenwerden, etwa Verlassen der Familie durch ein Elternteil, früher Tod wichtiger Bezugspersonen oder häufiges Alleinsein.
- (2) **Misstrauen/Missbrauch:** Menschen mit diesem Schema haben die Erwartung, von anderen ausgenutzt, missbraucht, schlecht behandelt, belogen oder gedemütigt zu werden. Sie haben dementsprechend sehr große Schwierigkeiten, Vertrauen zu anderen Menschen aufzubauen. Betroffene sind anderen gegenüber dauernd auf der Hut, weil sie befürchten, von ihnen absichtlich verletzt oder missbraucht zu werden. Biografischer Hintergrund sind in der Regel Missbrauchserfahrungen verschiedener Art (z. B. wurden sie belogen, betrogen, verletzt, missbraucht oder manipuliert).
- (3) **Emotionale Entbehrung:** Menschen mit diesem Schema haben die Erwartung, dass ihre emotionalen Bedürfnisse von anderen Menschen gar nicht oder nur unzureichend erfüllt werden können. Diese Bedürfnisse sind Unterstützung, Aufmerksamkeit, Zuneigung, Verständnis, Mitgefühl oder Wärme, Anleitung, Hilfestellung und Schutz. Sie haben in ihrem Leben nur selten das Gefühl erlebt, dass sich jemand gut und liebevoll um sie kümmert oder dass sie geborgen, aufgehoben und geliebt sind. Meist gab es in der Kindheit kaum körperliche Zuwendung, Liebe war an Bedingungen geknüpft. Dieses Schema führt zu intensiven Gefühlen von Einsamkeit und Unverstandensein.
- (4) **Unzulänglichkeit/Scham:** Dieses Schema beschreibt das Gefühl, unzulänglich, schlecht, minderwertig oder unerwünscht zu sein. Die Betroffenen haben das Gefühl, dass sie es niemals wert sein werden, von anderen Liebe, Aufmerksamkeit oder Respekt zu erhalten, egal wie sehr sie sich bemühen. Sie haben ein Gefühl tiefer Scham für die eigene Person. In der Kindheit wurde das Bedürfnis nach Anerkennung, Lob und Akzeptanz nicht ausreichend erfüllt. Eltern waren häufig übermäßig kritisch, stellten die Betroffenen als Kinder bloß und werteten sie für das Äußern von Bedürfnissen oder Gefühlen ab.
- (5) **Soziale Isolierung/Entfremdung:** Dieses Schema beschreibt das Gefühl, vom Rest der Welt abgeschnitten zu sein, nicht dazu zu gehören oder tiefgehend »anders« zu sein als alle anderen Menschen. Betroffene fühlen sich in Gruppen nicht zugehörig, selbst wenn sie möglicherweise von außen betrachtet unauffällig und integriert sind. Die Betroffenen berichten von Isolationserleben in ihrer Kindheit.

— Schemadomäne II: Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung

Schemata dieser Domäne entstehen, wenn das Bedürfnis nach Autonomie und Selbstständigkeit nicht erfüllt wurde. Die Betroffenen waren in ihrer Kindheit entweder überfordert oder bekamen zu wenig Autonomie und Selbstständigkeit zugestanden.

- (6) **Abhängigkeit/Inkompetenz:** Menschen mit diesem Schema fühlen sich häufig hilflos und sehen sich nicht imstande, ohne Unterstützung durch andere Menschen Dinge anzupacken oder Aufgaben zu bewältigen. Sie haben Schwierigkeiten, eigenständig Entscheidungen zu treffen. Sie kommen häufig aus (klammernden) Familienverhältnissen, in denen sie übermäßig behütet wurden. Das Vertrauen in die eigenen Fertigkeiten konnte durch Verantwortungsabnahme, fehlendes Lob und mangelnde Anleitung zur Selbstständigkeit nicht ausreichend ausgebaut werden.
- (7) **Anfälligkeit für Schädigung oder Krankheit:** Dieses Schema zeichnet sich aus durch ausgeprägte Furcht vor Katastrophen, Krankheiten oder anderen Problemen, die Menschen unerwartet treffen können. Betroffene berichten oft von ausgeprägt ängstlichen Bezugspersonen in der Kindheit; teilweise traten in der Biografie auch tatsächlich schwere Schicksalsschläge oder Krankheiten im näheren Umfeld auf.
- (8) **Verstrickung/unentwickeltes Selbst:** Menschen mit diesem Schema haben ein schwaches Gefühl für ihre eigene Identität. Sie sind stark in die Beziehung zu anderen Menschen (häufig Eltern) eingebunden. Um sich vollständig zu fühlen oder Entscheidungen treffen zu können, müssen sie sich immer wieder rückversichern – typischerweise bei einer ganz bestimmten Person, häufig der Mutter.
- (9) **Versagen:** Dieses Schema beinhaltet die Überzeugung, dass man niemals Erfolg haben wird, weniger talentiert oder klug ist als nahezu alle anderen Menschen. Die Betroffenen haben häufig sehr kritische Rückmeldungen beispielsweise in der Schule oder im Elternhaus erlebt, typischerweise mit pauschalen Abwertungen ihrer Person.

— Schemadomäne III: Beeinträchtigungen im Umgang mit Begrenzungen

Schemata dieser Domäne entstehen, wenn in der Kindheit keine angemessenen Grenzen gesetzt wurden. Die Betroffenen können entweder primär verwöhnt worden sein (evtl. auch nur auf materieller Ebene), oder aber auch sehr inkonsistente Grenzen etwa mit Wechsel zwischen Missbrauch und völliger Freiheit erlebt haben. Sie hatten keine Gelegenheit, Durchhaltevermögen zu trainieren.

- (10) **Anspruchshaltung/Grandiosität:** Dieses Schema beschreibt die Überzeugung, etwas Besonderes zu sein und sich anderen überlegen zu fühlen. Betroffene haben die Haltung, dass ihnen Sonderrechte zustehen und sie sich nicht um Bedürfnisse anderer, Regeln oder Konventionen kümmern müssen. Sie hassen es, eingeschränkt oder gebremst zu werden. Häufig haben Betroffene in der Kindheit vermittelt bekommen, dass sie oder ihre Familie etwas Besonderes sind und sind zumindest materiell verwöhnt worden. Oft entsteht dieses Schema auch durch Modelllernen, wenn die Eltern selbst diesem Schema entsprechen.
- (11) **Unzureichende Selbstkontrolle/Selbstdisziplin:** Menschen mit diesem Schema haben Schwierigkeiten mit Selbstkontrolle und Frustrationstoleranz, wenn es um das Erreichen ihrer Ziele geht. Sie geben langweilige Tätigkeiten häufig auf und haben wenig Geduld für Aufgaben, die Disziplin und Durchhaltevermögen erfordern.

— Schemadomäne IV: Fremdbezogenheit

Schemata dieser Domäne entstehen, wenn der Ausdruck eigener Bedürfnisse und Gefühle versagt blieb. Die Betroffenen nehmen die Interessen und Bedürfnisse anderer als Richtlinie für eigenes Verhalten, und halten eigene Bedürfnisse weitgehend für unberechtigt. Meist kommen sie aus Familien, die sie nur unter bestimmten Bedingungen akzeptiert haben.

- (12) **Unterwerfung:** Menschen mit diesem Schema lassen aus Angst vor negativen Konsequenzen in Beziehungen anderen immer die Oberhand und richten sich nach den Wünschen und Vorstellungen anderer, selbst wenn sie diese nur vermuten können. Sie glauben, dass ihre Wünsche, Meinungen und Emotionen von anderen nicht gewürdigt werden.
- (13) **Selbstaufopferung:** Menschen mit diesem Schema fokussieren ständig darauf, die Bedürfnisse anderer zu erfüllen und andere zu unterstützen. Die Beachtung der eigenen Bedürfnisse führt häufig zu Schuldgefühlen. Im Gegensatz zum Schema *Unterwerfung* geht es dabei weniger um Anpassung, als vielmehr darum, jede Bedürftigkeit rasch zu erkennen und möglichst selbst zu erfüllen.



- (14) **Streben nach Anerkennung:** Menschen mit diesem Schema suchen in übertriebener Weise Anerkennung, Wertschätzung und Zustimmung. Sie legen großen Wert auf ein gutes Aussehen, gutes Auftreten, hohen sozialen Status etc., um Lob und Anerkennung durch andere sicherzustellen. Häufig geschieht dies auf Kosten der eigenen Bedürfnisse und der Entwicklung eines soliden und echten Selbstwertgefühls. Die Selbstachtung ist hauptsächlich von den Reaktionen anderer abhängig.

— Schemadomäne V: Übertriebene Wachsamkeit und Gehemmtheit

Schemata dieser Domäne können entstehen, wenn das Bedürfnis nach Spontaneität, Spaß und Spiel in der Kindheit nicht ausreichend erfüllt wird. Der familiäre Hintergrund ist meist durch eine verbissene, leistungsbezogene, rigide Atmosphäre geprägt. Leistung und Perfektionismus wurden belohnt, der Ausdruck von Emotionen und Bedürfnissen gehemmt oder bestraft.

- (15) **Negativität/Pessimismus:** Dieses Schema verleitet Menschen dazu, überall vor allem das Schlechte, Negative und Problematische zu sehen. Positive Aspekte werden minimiert oder ignoriert. Betroffene haben dauernd Angst davor, folgenschwere Fehler zu machen. Sie haben deshalb Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen, sind ständig besorgt, immer in Alarmbereitschaft. Sie sind stark beschäftigt mit bisherigen negativen Erlebnissen.
- (16) **Emotionale Gehemmtheit:** Menschen mit diesem Schema haben Angst davor oder fühlen sich unwohl dabei, Gefühle zu zeigen oder spontan zu sein. Sie befürchten, anderen zu missfallen, die Kontrolle über ihre Impulse zu verlieren und Scham zu empfinden. Eigene Bedürfnisse und Gefühle wie Wut oder Freude werden unterdrückt, Gespräche über die eigene Verletzlichkeit oder Probleme werden vermieden, evtl. als lächerlich empfunden und abgewertet.
- (17) **Überhöhte Standards/überkritische Haltung:** Menschen mit diesem Schema fühlen sich permanent unter Druck, Dinge zu erledigen, Ziele zu erreichen und überall der Beste zu sein. Sie haben dabei immer das Gefühl, niemals gut genug zu sein und sich immer noch mehr Mühe geben zu müssen. Betroffene stehen sich selbst und anderen sehr kritisch gegenüber. Es folgen Perfektionismus, rigide Regeln und ständiges Sorgen um Zeit und Effizienz. Dies geschieht auf Kosten von interpersonellen Kontakten, Spaß, Freizeit und Entspannung.
- (18) **Bestrafen:** Dieses Schema beschreibt die Überzeugung, dass Menschen streng bestraft werden müssen, wenn sie Fehler machen. Die Betroffenen sind unerbittlich und ungeduldig gegenüber sich selbst und anderen.

Es gibt vier verschiedene Modus-Kategorien (kindliche Modi, Elternmodi, Bewältigungsmodi und gesunde Modi), die im Folgenden kurz erklärt werden.

Die Abbildungen zeigen die jeweiligen Modus-Kategorien und die zugehörigen Modi im Überblick.

Die problematischen kindlichen Modi

Die verletzten, traurigen Kindmodi

Der Modus des einsamen Kindes. Menschen fühlen sich in diesem Modus wie ein einsames Kind, das nur dann Aufmerksamkeit und Liebe bekommt, wenn es seinen Eltern oder anderen Bezugspersonen alles recht macht. Die wichtigsten emotionalen Bedürfnisse bleiben unerfüllt, Menschen fühlen sich daher in diesem Modus leer, einsam, ungeliebt, nicht wertgeschätzt und nicht liebenswürdig.

Der Modus des verletzten, verlassenen Kindes. In diesem Modus erleben Menschen intensive emotionale Schmerzen und Verlassensängste. Sie fühlen sich allein, verlassen, hilflos, verletztlich, ängstlich, bedürftig, wertlos, verloren und bedroht. Sie denken, dass jeden Moment etwas Schreckliches passieren könnte. Es gibt niemanden, dem sie vertrauen oder den sie um Hilfe bitten könnten.

Der Modus des abhängigen Kindes. Menschen fühlen sich in diesem Modus wie ein hilfloses, kleines Kind, das von den Anforderungen des Erwachsenenlebens überfordert ist. Sie suchen dringend nach Hilfe und jemandem, dem sie die Verantwortung übertragen können.

Die ärgerlichen, wütenden Kindmodi

Der Modus des ärgerlichen Kindes. Menschen in diesem Modus sind 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.

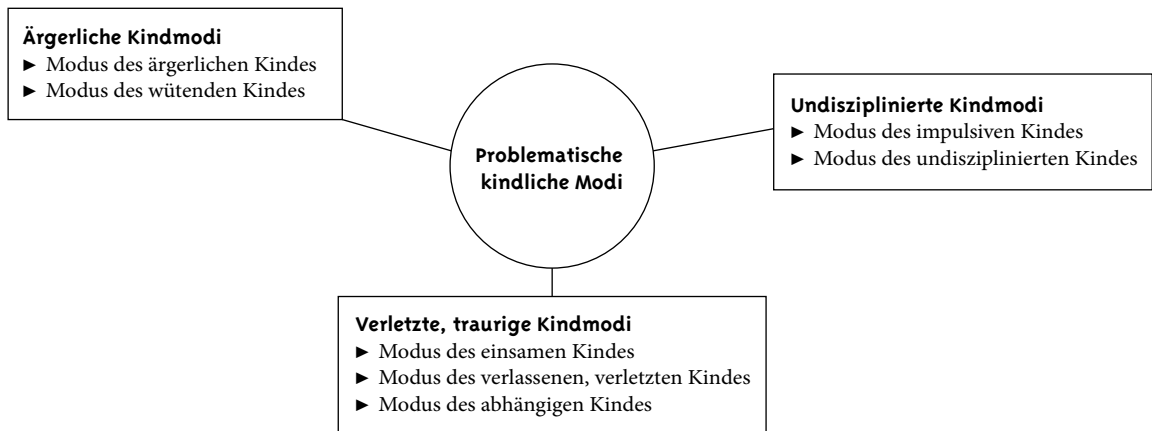
Der Modus des wütenden Kindes. Menschen in diesem Modus erleben intensive, unkontrollierte Gefühle von Ärger und Wut, in denen sie andere Menschen verletzen oder Dinge beschädigen können. Der Affekt entspricht einem außer Rand und Band geratenen Kind, das schreit und sich impulsiv gegen einen (vermeintlichen) Gegner wehrt.

Die impulsiven, undisziplinierten Kindmodi

Der Modus des impulsiven Kindes. Menschen in diesem Modus handeln sehr impulsiv, ohne nachzudenken, wenn sie ihre Bedürfnisse erfüllen wollen – ohne Rücksicht auf andere Personen oder mögliche negative Konsequenzen. Sie haben Schwierigkeiten, auf kurzfristige Verstärkung zugunsten längerfristiger Ziele zu verzichten.

Der Modus des undisziplinierten Kindes. Menschen in diesem Modus haben eine sehr geringe Frustrationstoleranz und Schwierigkeiten mit Disziplin und Durchhaltevermögen. Sie geben leicht auf, haben große Schwierigkeiten mit der Einhaltung von Regeln und der Erledigung von Routine- oder langweiligen Aufgaben.



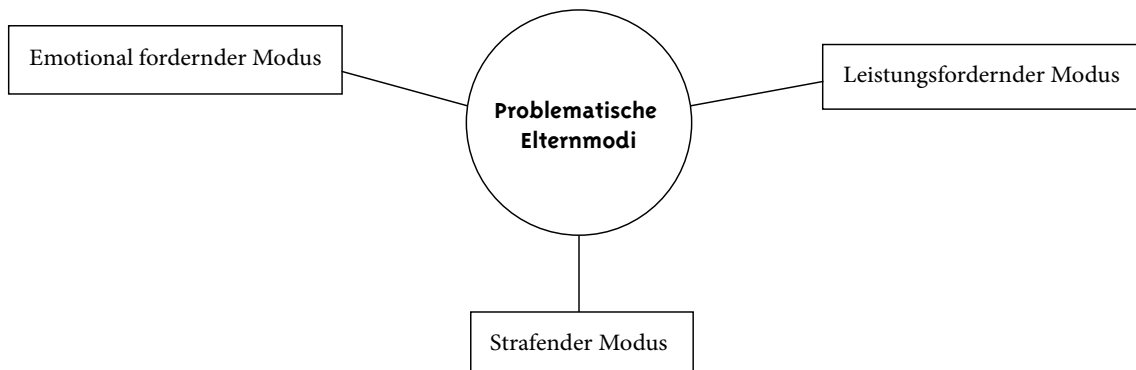


Die problematischen Elternmodi

Der strafende Modus. In diesem Modus glauben Menschen, dass sie für das Ausdrücken von Bedürfnissen und Gefühlen sowie für alle Fehler, sogar Unfälle, bestraft werden müssen. Sie sind davon überzeugt, dass Selbststeuerung durch Selbstbestrafung erfolgt. Dieser Modus ist geprägt von Selbsthass, Selbstkritik und Selbstabwertungen. In diesem Modus denken Menschen, sie seien schlecht, wertlos, dumm, faul oder hässlich. Der Ton ist höhnisch, missbilligend und demütigend. Menschen bestrafen sich in diesem Modus oder erlauben sich nicht, sich um sich selbst zu kümmern und sich etwas Gutes zu tun. Dieser Modus gibt die internalisierten (»eingepprägten«) Botschaften von Eltern oder anderen wichtigen Bezugspersonen (Lehrer, ältere Geschwister, Mitschüler etc.) wieder, mit denen in der Kindheit negative Erfahrungen gemacht wurden. Der bestrafende Modus richtet sich gegen alle kindlichen Modi.

Der leistungsfordernde Modus. In diesem Modus erwarten Menschen sehr viel von sich, haben überhöhte Leistungsanforderungen. Wenn sie ein Ziel erreichen, so wird sofort das nächste angestrebt. Wenn etwas nicht klappt, so verurteilen sie sich hart und suchen den Grund für den Misserfolg bei sich selbst.

Der emotional fordernde Modus. In diesem Modus fühlen Menschen sich verpflichtet, sehr viel Verantwortung für andere zu übernehmen. Sie erwarten von sich, immer für andere da zu sein und verbieten sich, Freude empfinden zu dürfen, wenn es anderen »schlecht« geht. Das Ansprechen der eigenen Bedürfnisse wird in diesem Modus als »egoistisch« abgewertet. Wenn Menschen sich nicht entsprechend der hohen emotionalen Anforderungen des Modus verhalten, ruft dies ein sehr starkes Gefühl von Schuld und Unbehagen hervor (englisch »guilt inducing mode«, »schuldinduzierender Modus«).



Die problematischen Bewältigungsmodi

Unterwerfung (Sich Fügen o. Erstarren) (Compliant Surrender). In diesem Bewältigungsmodus handeln Menschen passiv und unterwürfig, auch wenn dieses Verhalten entgegen ihren eigenen Interessen und Bedürfnissen steht. Sie versuchen, Konflikte und Zurückweisungen zu vermeiden und verhalten sich so, wie sie glauben, dass die andere Person es sich wünscht. In diesem Modus suchen Menschen häufig Rückversicherung. Sie erlauben anderen Menschen, sie zu kontrollieren und sie schlecht zu behandeln, verharren vielleicht sogar in missbräuchlichen Beziehungen. Aus Hoffnungslosigkeit unternehmen sie nichts, um die eigenen gesunden Bedürfnisse zu erfüllen.

Vermeidung (Flucht). In diesem Bewältigungsmodus vermeiden Menschen die Auseinandersetzung mit Gefühlen und Problemen. Es gibt unterschiedliche Methoden zur Emotionsvermeidung, die im Folgenden aufgeführt werden.

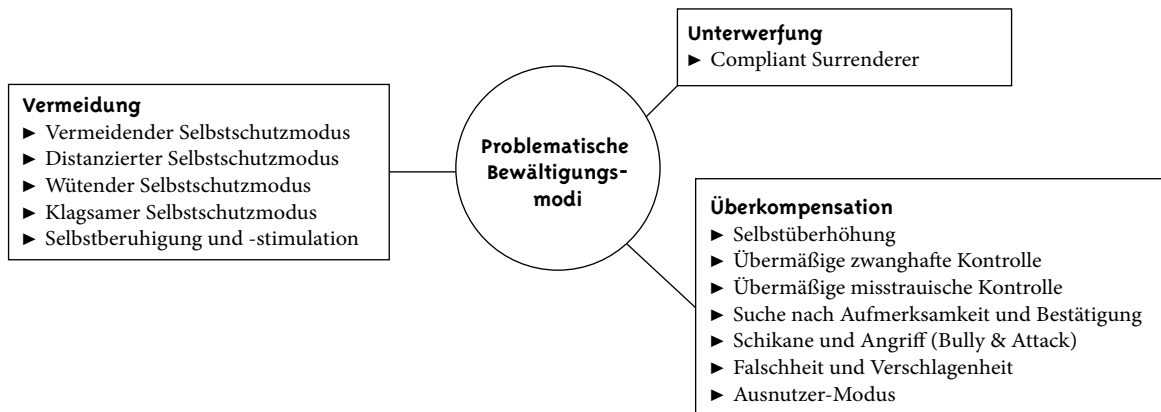
- (a) **Vermeidender Selbstschutzmodus:** In diesem Modus vermeiden Menschen Situationen, in denen intensive Emotionen auftreten könnten (z. B. soziale Kontakte, Leistungs- oder Konfliktsituationen).
- (b) **Distanzierter Selbstschutzmodus:** In diesem Modus distanzieren sich Menschen von emotionalem Leiden durch Folgendes: Vermeidung der Auseinandersetzung mit Gefühlen (nicht darüber reden oder nachdenken), sich in Beziehungen zurückziehen, andere auf Distanz halten, Gefühle durch Substanzgebrauch (z. B. Alkohol, dämpfende Medikamente oder Drogen wie Cannabis) oder Dissoziation abdämpfen.
- (c) **Wütender Selbstschutzmodus:** In diesem Modus werden andere durch zynische oder wütende Verhaltensweisen auf Distanz gehalten.
- (d) **Klagsamer Selbstschutzmodus:** In diesem Modus distanzieren sich Menschen von emotionalen Schmerzen durch gleichförmiges Schimpfen, Jammern, Klagen z. B. über Schmerzen oder schlechte Stimmung.
- (e) **Selbstberuhigung und -stimulation:** In diesem Modus lenken sich Menschen von unangenehmen Gefühlen und Gedanken ab, indem sie sich mit Dingen beschäftigen, die besänftigend oder stimulierend wirken, z. B. Workaholismus (immer etwas zu tun haben), Zwänge, Glücksspiel, Pornokonsum oder Risikosportarten. Beispiele für eher beruhigende und besänftigende Aktivitäten sind Computerspielen, Fernsehen, übermäßiges Essen oder Tagträumen.

Überkompensation (Exzessives Kämpfen und Anstrengen). In diesem Bewältigungsmodus verhalten sich Menschen so, als sei genau das Gegenteil der Botschaften der Eltern- und Kindmodi wahr. Auch Überkompensation kann in verschiedenen Formen auftreten; gemeinsam ist ihnen allen, dass der Betroffene damit die Situation kontrolliert und beherrscht. Andere bekommen wenige Chancen, sich gegen ihn durchzusetzen. Meist fühlt sich das für den Betroffenen kurzfristig angenehm an, andere finden es hingegen eher unsympathisch. Im Folgenden werden die Formen der Überkompensation aufgeführt.

- (a) **Selbstüberhöhung:** In diesem Modus treten Menschen betont selbstbewusst auf. Sie stellen eigene Stärken in den Vordergrund, sind angeberisch und überheblich und werten andere ab.
- (b) **Übermäßige zwanghafte Kontrolle:** In diesem Modus versuchen Menschen, sich vor wahrgenommener oder realer Bedrohung durch erhöhte Aufmerksamkeit, Grübeln, sich sorgen, zwanghaftes Überprüfen und Perfektionismus zu schützen.
- (c) **Übermäßige misstrauische Kontrolle:** Auch hier soll durch Kontrolle ein Schutz vor Bedrohung hergestellt werden. Bei der paranoiden Kontrolle steht Misstrauen und vermehrte Wachsamkeit im Vordergrund. Die Umwelt wird fortlaufend auf Indizien für Böswilligkeit und Angriffen auf die eigene Person überprüft.
- (d) **Suche nach Aufmerksamkeit und Bestätigung:** In diesem Modus versuchen Menschen im Mittelpunkt zu stehen, sich in Szene zu setzen oder flirten sehr intensiv, um Aufmerksamkeit und Bestätigung zu erhalten.
- (e) **Schikane und Angriff (Bully and Attack):** In diesem Modus verhalten sich Menschen aggressiv, schüchtern andere verbal ein oder bedrohen andere, um selbst die Kontrolle zu behalten und sich vor Verletzungen zu schützen.
- (f) **Falschheit oder Verschlagenheit:** In diesem Modus lügen und manipulieren Menschen andere, um eigene Ziele zu erreichen.



(g) Ausnutzer-Modus: In diesem Modus nutzen Menschen andere aus und beschädigen andere in kaltblütiger Weise, weil sie den eigenen Bedürfnissen im Weg stehen.

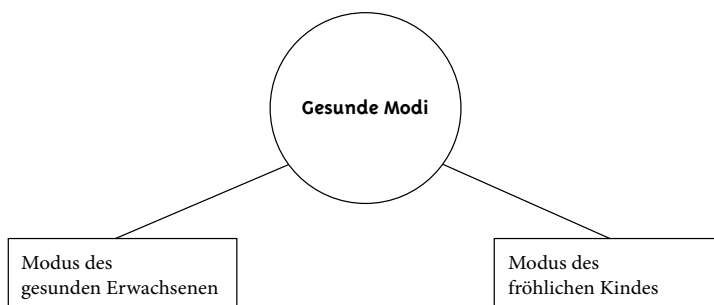


Die gesunden Modi

Modus des gesunden Erwachsenen. In diesem Modus können Menschen mit Emotionen umgehen und Probleme lösen. Sie akzeptieren ihre Gefühle, Gedanken und Bedürfnisse. Sie gehen wertschätzend mit sich selbst um, auch bei Misserfolg, und treffen Entscheidungen entsprechend ihrer Ziele und Werte. Ein Hauptziel der Therapie ist es, diesen Modus, der häufig zu Beginn der Therapie noch schwach ausgeprägt ist, zu fördern und zu stärken.

Der Modus des gesunden Erwachsenen und die kindlichen Modi stehen nicht im Widerspruch. Aus der Perspektive des gesunden Erwachsenenmodus zeigen Menschen Verständnis für und kümmern sich um die Bedürfnisse der kindlichen Modi, setzen dem Modus des wütenden und impulsiven Kindes aber angemessene Grenzen. Sie schützen sich und die kindlichen Modi vor dem strafenden Modus. So entsteht Sicherheit. Die Notwendigkeit, die Bewältigungsmodi zu aktivieren, entfällt.

Der Modus des fröhlichen Kindes. In diesem Modus nutzen Menschen Freiräume, um spielerisch, ausgelassen, fröhlich und spontan zu sein.



Für die Entstehung von problematischen Schemata und Modi spielen die im Folgenden aufgeführten Faktoren eine wichtige Rolle.

— Die genetische Veranlagung, biologische Faktoren, Temperament

Forschungsergebnisse (v. a. Untersuchungen an eineiigen Zwillingen) weisen darauf hin, dass Temperament vererbt wird. Menschen werden also mit einem bestimmten Temperament geboren, das später durch Erziehung und andere psychosoziale Faktoren beeinflusst wird. Die Regulierung von verschiedenen Botenstoffen im Gehirn hat ebenfalls Einfluss auf das Temperament. Bildgebende Verfahren deuten außerdem darauf hin, dass auch strukturelle Veränderungen im Gehirn eine Rolle spielen.

— Traumatische Erfahrungen, Erziehungsfaktoren, Nichterfüllung der Grundbedürfnisse

Studien belegen, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen überdurchschnittlich häufig in der Kindheit traumatische Erfahrungen wie körperlichen, sexuellen oder emotionalen Missbrauch und Vernachlässigung erlebt haben. Häufig war der Erziehungsstil wenig liebevoll, sehr kritisch, abwertend oder chaotisch, oder es herrschte eine sehr leistungsbezogene, kalte Atmosphäre. Meist führte der Ausdruck von Gefühlen oder Bedürfnissen zu Nachteilen für das Kind. Dies alles sind Situationen, in denen die Grundbedürfnisse von Kindern wie Sicherheit, Verbundenheit, Geborgenheit, Liebe, Aufmerksamkeit, Anerkennung, Lob, Akzeptanz, Autonomie, realistische Grenzen, Spaß und Spiel frustriert wurden. In diesem Fall entwickeln sie ungünstige Überzeugungen (Schemata) über sich, andere und die Welt als Ganzes. Die abwertenden, fordernden oder strafenden Botschaften der Eltern oder anderer an der Erziehung beteiligter Personen werden in den Elternmodi internalisiert (verinnerlicht). Dabei sind es durchaus nicht immer die Eltern, deren Verhalten einem Kind Probleme verursachen. Auch andere Personen, insbesondere Klassenkameraden oder Lehrer, können einen sehr schädlichen Einfluss haben. Manchmal führen auch situative oder andere nicht änderbare Faktoren zu solchem Erleben, z. B. wenn ein Kind eine Behinderung hat oder wegen häufiger Umzüge immer wieder nicht dazugehört.

In den kindlichen Modi erleben Menschen die Gefühle von Ungeliebtsein, Einsamkeit, Angst, Scham, Traurigkeit, Hilflosigkeit oder Wut über das Nichterfüllen von Bedürfnissen aus ihrer Kindheit wieder. Die Eltern- und Kindmodi bringen eine Menge emotionaler Schmerzen mit sich, sodass Menschen früh Strategien erlernen, um diese Schmerzen abzumildern. So entwickeln sich die Bewältigungsmodi (Unterwerfung, Vermeidung, Überkompensation), die auch noch im späteren Leben angewendet werden. Sie schützen einerseits vor unangenehmen Gefühlen, andererseits blockieren sie aber auch den Zugang zu Gefühlen und Bedürfnissen, behindern den Aufbau von gesunden, hilfreichen Beziehungen und führen häufig selbst zu Beschwerden und Problemen. Die Bedürfnisse werden so auch im Erwachsenenleben nicht erfüllt, darunter leiden die Kindmodi und der Druck auf die Bewältigungsmodi verstärkt sich wiederum.

— Modelllernen

Häufig lernen Kinder durch ihre Eltern, Geschwister, Freunde oder Bekannte Modelle für den Umgang mit Emotionen und Bedürfnissen und übernehmen diese unbewusst für sich.



Allgemeines Entstehungsmodell zu Schemata und Modi

