

Eva Faßbinder und Ulrich Schweiger

## Das schematherapeutische Modusmodell

The Schema Mode Concept

Die Arbeit mit dem Modusmodell ist eine der innovativen Techniken der dritten Welle der Verhaltenstherapie. Es bietet einen guten theoretischen Hintergrund bei der Erarbeitung eines individuellen Störungsmodells. Es stellt die häufig sehr komplexen Probleme von Patienten klar da und verdeutlicht den Zusammenhang zwischen gegenwärtigen Symptomen, interpersonellen Problemen und dem biografischen Kontext. Das Modusmodell ist prinzipiell als transdiagnostischer Ansatz zu verstehen, es existieren aber auch prototypische Modelle für die meisten Persönlichkeitsstörungen. So kann ein breites Spektrum von Psychopathologie, aber auch gesundes Verhalten, Denken und Fühlen in das Modusmodell eingeordnet werden. Die therapeutischen Interventionen der Schematherapie werden dann an den jeweils aktiven Modus angepasst. Hierbei stehen neben kognitiven und behavioralen Techniken insbesondere emotionsaktivierende Techniken (v.a. Stuhldialoge und Imaginationstechniken) und eine spezifische Gestaltung der Therapiebeziehung („limited reparenting“) im Vordergrund. Der folgende Artikel gibt einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand, die theoretischen Grundlagen und die praktische Anwendung des schematherapeutischen Modusmodells.

Schlüsselwörter

Schemamodi – Modusmodell – emotionsorientierte Techniken – limited reparenting – Persönlichkeitsstörung

*The mode model is a comprehensive approach derived from Schema Therapy. It provides a theoretical basis for the development of individual case conceptualizations. The mode model clarifies the current symptoms and interpersonal problems of the patient and explains the connection with the biographical context of development. The mode model is intended to be transdiagnostic, yet there exist disorder-specific case concepts for personality disorders. A broad spectrum of psychopathology, but also healthy behavior, thoughts and emotions can be explained by the mode model. The schema-therapeutic interventions are adapted to the present mode in the specific situation. Besides cognitive and behavioral techniques there is a special focus on experiential techniques (especially chair dialogues and imagery re-scripting) and specific features of the therapeutic relationship (“limited re-parenting“). This paper provides an overview of current research findings, theoretical background and practical application of the schema mode model.*

Keywords

schema modes – mode model – experiential techniques – limited re-parenting – personality disorders

## Einleitung

Das Modusmodell wurde von Jeffrey Young (Young, Klosko & Weishaar, 2005) und Arnaud Arntz (Arntz & van Genderen, 2010) aus der Schematherapie heraus entwickelt. Das aktuelle Interesse für das Modusmodell ist nicht zuletzt auf die guten Studienergebnisse in der Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung zurückzuführen (Farrell, Shaw & Webber, 2009; Giesen-Bloo et al., 2006; Nadort et al., 2009; van Asselt et al., 2008). In allen kontrollierten Studien zur Schematherapie lag der Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit in der Anwendung des Moduskonzepts. Die Schematherapie zeichnet sich durch eine Kombination „klassischer“ verhaltenstherapeutischer Techniken mit emotionsaktivierenden Techniken aus und einer systematischen Berücksichtigung des biografischen Kontexts. Darüber hinaus spielt eine spezifische Gestaltung der therapeutischen Beziehung mit „limited reparenting“ eine wesentliche Rolle.

Die Arbeit mit dem Modusmodell gehört zu den innovativen psychotherapeutischen Techniken der dritten Welle der Verhaltenstherapie. Die wichtigsten Vorteile der therapeutischen Arbeit mit dem Modusmodell bestehen dabei in folgenden Punkten:

- (1) **Blick für das Wesentliche:** Das Modusmodell packt die Gesamtheit des Problemverhaltens von Patienten in ein übersichtliches, plausibles Modell und hilft dabei, rasch ein Metaverständnis für die wesentlichen Schwierigkeiten aufzubauen und direkt an diesen anzusetzen. Dabei wird es sowohl von Therapeuten als auch von Patienten schnell verstanden. Dies ist eine wesentliche Erweiterung und Ergänzung zur Verhaltensanalyse einzelner problematischer Verhaltensweisen oder der Analyse einzelner dysfunktionaler Schemata oder Kognitionen.
- (2) **Individuelle Fallkonzeptualisierung:** Zu Beginn der Therapie wird mit jedem Patienten ein individuelles Störungsmodell mit den jeweils für den Patienten wichtigen Modi erarbeitet (Fallkonzeptualisierung). Das Modusmodell bringt alle wichtigen aktuellen Symptome und interpersonellen Probleme mit dem biografischen Kontext in Verbindung. Patienten erleben dies meist als ausgesprochen erleichternd. Im weiteren Verlauf werden alle auftretenden Probleme oder Symptome in diesem Modusmodell konzeptualisiert und behandelt.
- (3) **Transparenz:** Die Ziele der Therapie werden transparent für Patient und Therapeut anhand des individuellen Modusmodells abgeleitet. Es besteht somit ein gemeinsamer „Fahrplan“ für die Therapie, aus dem sich die therapeutischen Interventionen für den Patient gut erklären und sich auf den Alltag übertragen lassen.
- (4) **Validierung und Veränderung:** Das aktuelle Fühlen, Denken und Handeln des Patienten kann unmittelbar in das Modusmodell eingeordnet und dadurch validiert werden. Gleichzeitig kann der Patient mit den problematischen Folgen seines Verhaltens empathisch konfrontiert werden, um wichtige Schritte in Richtung Veränderung zu ermöglichen.
- (5) **Modusspezifische Interventionen:** Der Therapeut passt seine Interventionen an den jeweils aktiven Modus an und arbeitet somit an dem vorrangig bestehenden emotionalen Problem.
- (6) **Transdiagnostische Anwendung:** In das Modusmodell kann ein breites Spektrum von Psychopathologie, aber auch gesundes Verhalten, Denken und Fühlen eingeordnet

werden. So kann beispielsweise auch bei Patienten mit komorbiden Erkrankungen, die den Großteil der Patienten mit chronischen psychischen Problemen darstellen, innerhalb eines Störungsmodelles gearbeitet werden, und es müssen nicht weitere, möglicherweise verwirrende Erklärungsmodelle hinzugezogen werden. Darüber hinaus bietet das Modusmodell auch für Supervision und Selbsterfahrung von Therapeuten einen guten Ansatz.

- (7) **Entpathologisierung:** Ein weiterer wesentlicher Vorteil des Modusmodells besteht in seiner entpathologisierenden Wirkung. Die Tatsache, dass jeder Mensch sowohl gesunde als auch maladaptive Modi hat und diese ein Produkt seiner Erfahrungen sind, wirkt meist sehr entlastend auf Patienten. Dieser Punkt kann durch den geschickten therapeutischen Einsatz von Selbstöffnung besonders gefördert werden.

In diesem Beitrag sollen zunächst die Hintergründe der Entwicklung des Modusmodells beleuchtet werden. Anschließend wird erklärt, wie dysfunktionale Modi entstehen, und ein Überblick über die einzelnen Modi gegeben. Dann werden das therapeutische Vorgehen und die Ziele der Therapie vorgestellt. Anhand eines Fallbeispiels wird die Erstellung einer Fallkonzeptualisierung mit dem Modusmodell verdeutlicht und die Interventionstechniken erläutert. Der Beitrag schließt mit einem Überblick über den aktuellen Stand der Forschung und einem Fazit für die Praxis ab. Dem Leser sollen so die notwendigen Kenntnisse vermittelt werden, um Umsetzbarkeit, Effektivität und Behandlungserfolg für die eigene praktische Anwendung beurteilen zu können.

## Entwicklung des Modusmodell

Die Schematherapie nach Jeffrey Young ist eine Weiterentwicklung der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) und wurde ursprünglich für die Patienten entwickelt, die nicht ausreichend auf KVT reponierten. Dies waren typischerweise Patienten mit chronischen, sehr komplexen psychischen Problemen. Diagnostisch lag häufig zusätzlich zur Achse-I-Diagnose eine Persönlichkeitsstörung oder Persönlichkeitsakzentuierung vor. Schematherapie und damit auch die Arbeit mit dem Modusmodell unterscheiden sich von klassischer KVT durch die folgenden fünf Merkmale:

- (1) Die Veränderung des **emotionalen Erlebens** hat einen zentralen Stellenwert. Dazu werden emotionsaktivierende Interventionen wie Imaginationsübungen und Stuhldialoge eingesetzt.
- (2) Die Therapiebeziehung wird konzeptualisiert als begrenzte elterliche Fürsorge (**limited parenting**) in dem Sinne, dass der Therapeut einen aktiven, fürsorglichen und teilweise elternartigen Beziehungsstil gegenüber dem Patienten einnimmt.
- (3) Die aktuellen psychischen Probleme werden im Modusmodell mit den **Erfahrungen aus Kindheit und Jugend** in Zusammenhang gebracht und erklärt.
- (4) Es liegt ein Schwerpunkt auf **überdauernden Bewältigungsmustern** (z. B. Vermeidung oder Überkompensation) und zugrunde liegenden Schemata.
- (5) Handlungsleitend ist das Konzept der **Bedürfnisorientierung**; d. h. die Frage, welche Bedürfnisse beim Patienten frustriert wurden und wie er dabei unterstützt werden kann, seine heutigen Bedürfnisse angemessen zu befriedigen.

Die Schematherapie geht davon aus, dass Menschen in der Kindheit überdauernde, dysfunktionale Konzepte (Schemata) von sich selbst, von anderen und der Welt entwickeln, wenn bestimmte Grundbedürfnisse in der Kindheit nicht erfüllt werden. Ein Schema ist ein stabiles Muster aus zusammengehörigen Erinnerungen, Kognitionen, Emotionen und Körperreaktionen und dient der Informationsverarbeitung. Young beschrieb auf der Grundlage klinischer Beobachtung 18 maladaptive Schemata, die in fünf Schemadomänen untergliedert sind (Young et al., 2005).

Wird ein Schema aktiviert, so ist dies meist mit intensiven unangenehmen Emotionen wie z. B. Angst, Traurigkeit, Hilflosigkeit oder Ärger verbunden. Die daraus folgenden Mechanismen für den Umgang mit diesen unangenehmen Emotionen nennt man **Bewältigungsstrategien**. Hierbei werden drei Hauptstrategien unterschieden: Unterwerfung, Vermeidung und Überkompensation.

Die Vielfalt an Schemata und Bewältigungsmöglichkeiten (18 Schemata x 3 Bewältigungsstrategien = 54 verschiedene Möglichkeiten) führt insbesondere bei Patienten mit schwerem Persönlichkeitsstörungen, bei denen in der Regel mehrere Schemata bestehen und ein schneller Wechsel der Bewältigungsstrategien stattfindet, zu einer übermäßigen und unzweckmäßigen Komplexität der individuellen Störungsmodelle. Störungsmodelle, die mehr als fünf bis sieben Hauptelemente enthalten, überfordern das Arbeitsgedächtnis des Menschen. Patient und Therapeut haben dann Schwierigkeiten, den Überblick zu behalten und Wesentliches von Unwesentlichem zu trennen. Zudem ist es häufig schwierig, von dem nach außen sichtbaren Bewältigungsverhalten, auf das dahinterliegende Schema zu schließen. Diese Schwierigkeiten bei der Arbeit mit dem Schemamodell wurden vor allen Dingen bei der Behandlung von Patienten mit BPS deutlich, die verschiedene, schnell wechselnde emotionale Zustände zeigten. Diese emotionale Instabilität ist durch das Schemamodell nicht gut abzubilden. Jeffrey Young entwickelte daraufhin den Modus-Ansatz, der zunächst auf die Probleme von Patienten mit BPS zugeschnitten war, und übertrug diesen später auf Patienten mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung (Young et al., 2005). Ein Modus beschreibt dabei den aktuellen Affektzustand im Hier und Jetzt („state“), während Schemata überdauernd sind („trait“).

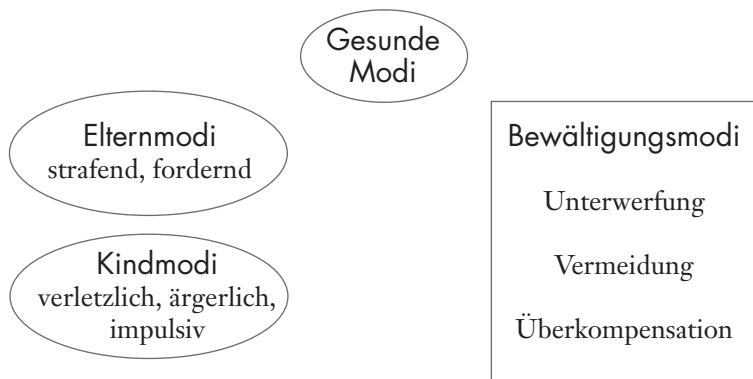
Von der Arbeitsgruppe um Arnoud Arntz wurde das Modusmodell mittlerweile stark ausgeweitet und um weitere mögliche Modi und störungsspezifische Moduskonzepte für die meisten Persönlichkeitsstörungen ergänzt und empirisch getestet (Bamelis, Renner, Heidkamp & Arntz, 2011; Lobbestael, Arntz & Sieswerda, 2005; Lobbestael, van Vreeswijk & Arntz, 2008; Lobbestael, van Vreeswijk, Spinhoven, Schouten, & Arntz, 2010).

## Was ist ein Modus?

Ein Modus ist ein situationsbezogenes Programm der Verhaltenssteuerung, das maßgeblich das Fühlen, Denken und Handeln in der aktuellen Situation beeinflusst. Man kann sich einen Modus (ähnlich wie beim Mindset-Konstrukt) wie eine DVD vorstellen: Wenn eine DVD in den Recorder 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, es besteht ein für den Modus typisches

Muster an Gefühlen, Gedanken, Körperreaktionen und Verhalten, und die Wahrnehmung ist so ausgerichtet, dass die Sichtweise des Modus bestätigt wird. Die DVD-Metapher gibt auch den Veränderungsprozess vor. Man kann eine DVD auswerfen und eine andere DVD einlegen, die Veränderung einer DVD ist dagegen viel schwieriger.

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. Ziel der Therapie ist es, dass Patienten lernen zu erkennen, welche „Modus-DVD“ gerade eingelegt ist, um das eigene Handeln, Fühlen und Denken zu verstehen und gegebenenfalls schrittweise zu verändern, wenn es zu Schwierigkeiten führt („die DVD wechseln“).



**Abbildung 1:** Überblick über die Grundstruktur des Modusmodells

### Die verschiedenen Modi nun im Detail

Es gibt vier Gruppen von Modi, die in Abbildung 1 in der Übersicht dargestellt werden: Kindliche Modi, Eltern-Modi, Bewältigungsmodi und gesunde Modi:

- (1) **Maladaptive Kindmodi** entwickeln sich, 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** dienen der Abschwächung der emotionalen Schmerzen, die in den Kind- und Elternmodi empfunden werden, und beschreiben einen übermäßigen Einsatz der Bewältigungsstrategien Unterwerfung, Vermeidung und Überkompensation. Diese Modi wurden meist schon früh in der Kindheit erlernt und waren dazu da, das Kind vor erneuten Verletzungen, Abwertungen zu schützen bzw. die Verletzung erträglicher zu machen. Sie werden deshalb validierend als „Überlebensstrategie“ betrachtet.
- (4) Zu den **gesunden Modi** gehören der Modus des gesunden Erwachsenen und der Modus des fröhlichen Kindes. Im Modus des gesunden Erwachsenen können Menschen mit intensiven Emotionen umgehen, Probleme lösen und gesunde Beziehung zu anderen Menschen gestalten. Sie sind sich ihrer Bedürfnisse, Möglichkeiten und Grenzen bewusst und handeln entsprechend ihrer Werte und Ziele. Der Modus des fröhlichen Kindes geht einher mit Freude, Spaß, Ungezwungenheit und Spontaneität und hilft, Stress und Belastungen zu regulieren. Die gesunden Modi sind meist zu Beginn der Therapie nur schwach ausgebildet.

Einen detaillierten Überblick über die einzelnen Modi nach Lobbestael et al. (2008) gibt Tabelle 1 (Tab. leicht modifiziert nach Jacob & Arntz, 2011). Die Modi können mittlerweile mit Hilfe des Schema-Modus-Inventars (SMI) im Selbstbericht erhoben werden (Lobbestael et al., 2010).

## Die Entstehung und Aufrechterhaltung von Modi

Die Nichterfüllung von Grundbedürfnissen (s. u.), traumatische Erfahrungen, ungünstige Erziehungsfaktoren und Modelllernen führen in Kombination mit biologischen Faktoren zur Entwicklung von dysfunktionalen Schemata sowie Eltern- und Kindmodi. Um die dadurch entstehenden emotionalen Schmerzen abzumildern, entwickeln sich früh die Bewältigungsmodi (Unterwerfung, Vermeidung, Überkompensation), die auch noch im späteren Leben angewendet werden. Sie schützen einerseits die verletzlichen Kindmodi vor unangenehmen Gefühlen und erneuten verletzenden Erfahrungen, 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. Es können so auch im Erwachsenenleben keine korrigierenden emotionalen Erfahrungen gemacht sowie kein alternativer Umgang mit Gefühlen und interpersonellen Schwierigkeiten erlernt werden. Die Bedürfnisse werden so auch im Erwachsenenleben nicht erfüllt, so dass die Kindmodi erneut ausgelöst werden und der Druck auf die Bewältigungsmodi sich wiederum verstärkt.

Für die Arbeit mit dem Modusmodell spielt das Verständnis der Grundbedürfnisse eine wesentliche Rolle. Psychoedukation zu den Grundbedürfnissen und zur normalen Entwicklung von Kindern wird an jeder möglichen Stelle in den Therapieprozess mit eingewoben. Darüber hinaus ist die Kenntnis darüber, welche Grundbedürfnisse beim individuellen Patienten frustriert worden sind, essenziell für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung und für den Therapieerfolg. Im Rahmen des „Limited Reparenting“ erfüllt der Therapeut als Antidot zu den Erfahrungen in der Kindheit genau diese Bedürfnisse.

**Tabelle 1:** Schemamodi nach Jacob & Arntz, 2011 (leicht modifiziert)

	<b>Kindliche Modi</b>
<b>Verletzlichkeit</b>	<p><i>Der Modus des einsames Kindes</i> In diesem Modus fühlen sich Menschen 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 einsam, ungeliebt, nicht wertgeschätzt und nicht liebenswürdig.</p>
	<p><i>Der Modus des verletzten, verlassen Kindes</i> In diesem Modus erleben Menschen intensive emotionale Schmerzen und Verlassensängste sowie Angst vor Missbrauch oder Vernachlässigung. Sie fühlen sich allein, verlassen traurig, verängstigt, extrem verletztlich, hilf- und hoffnungslos, bedürftig, wertlos, verloren oder bedroht. Patienten in diesem Zustand erscheinen fragil und kindlich, sie fühlen sich hoffnungslos verzweifelt und alleine und suchen nach einer fürsorglichen Elternfigur.</p>
	<p><i>Der Modus des abhängigen Kindes</i> Menschen fühlen sich in diesem Modus wie ein hilfloses, kleines Kind, das von den Anforderungen des Erwachsenenlebens überfordert ist. Sie suchen dringend Nachhilfe und jemanden, dem sie die Verantwortung übertragen können.</p>
<b>Ärger</b>	<p><i>Modus des ärgerlichen Kindes</i> 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.</p>
	<p><i>Der Modus des wütendes Kindes</i> 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.</p>
<b>Mangel an Disziplin</b>	<p><i>Der Modus des impulsiven Kindes</i> In diesem Modus handeln Menschen sehr impulsiv, ohne nachzudenken, um situativ eigene Bedürfnisse zu befriedigen – ohne Rücksicht auf andere Personen oder mögliche negative Konsequenzen. Sie haben Schwierigkeiten, auf kurzfristige Verstärkung zugunsten längerfristiger Ziele zu verzichten.</p>
	<p><i>Modus des undisziplinierten Kindes</i> 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.</p>
	<p><i>Modus des fröhlichen Kindes</i> Ist zufrieden, weil emotionale Kernbedürfnisse erfüllt sind. Fühlt sich geliebt, mit anderen verbunden, sicher, wertvoll, verstanden, zuversichtlich, kompetent, widerstandsfähig, anpassungsfähig, optimistisch und spontan.</p>



	<b>Dysfunktionale Elternmodi</b>
<b>Strafe</b>	<p><i>Der strafende Modus</i> Dieser Modus gibt die internalisierten Botschaften von Eltern oder anderen wichtigen Bezugspersonen (Lehrer, ältere Geschwister, Mitschüler etc.) wieder, mit denen in der Kindheit negative Erfahrungen gemacht wurden. Dieser Modus ist geprägt von Selbstabwertung, Selbstverachtung, Selbstkritik und Selbsthass, Scham und Schuld. In diesem Modus denken Menschen, sie seien schlecht, wertlos, dumm, faul oder hässlich. Der Tonfall dieses Modus ist höhnisch, missbilligend und demütigend. Menschen bestrafen sich in diesem Modus und erlauben sich nicht, sich um sich selbst zu kümmern oder sich etwas Gutes zu tun. Sie glauben, dass Sie für das Ausdrücken von Bedürfnissen und Gefühlen sowie für alle Fehler bestraft werden müssen.</p>
<b>Fordern</b>	<p><i>Der fordernde Modus</i> In diesem Modus haben Menschen extrem hohe Standards und streben danach, perfekt zu sein, alles richtig zu machen, immer effektiv zu sein, einen hohen Status anzustreben, bescheiden zu bleiben und die Bedürfnisse anderer vor die eigenen zu stellen. Spontaneität und der Ausdruck eigener Gefühle erscheinen unzulässig. Hierbei kann ein leistungsfordernder Modus (hohe Anforderungen in Bezug auf Leistung, Pflichten) von einem emotional fordernden Modus (hohe Anforderungen in Bezug auf das Verhalten in Beziehungen) unterschieden werden.</p>
	<b>Maladaptive Bewältigungsmodi</b>
<b>Erdulden</b>	<p><i>Unterwerfung (Compliant Surrender)</i> In diesem Bewältigungsmodus handeln Menschen passiv und unterwürfig, auch gegen eigene Interessen und suchen häufig Rückversicherung. Sie versuchen, Konflikte oder Zurückweisung zu vermeiden und verhalten sich so, wie sie glauben, dass die andere Person es sich wünscht. Sie erlauben, dass andere sie kontrollieren bzw. schlecht mit ihnen umgehen, verharren vielleicht sogar in missbräuchlichen Beziehungen. Aus Hoffnungslosigkeit unternehmen sie nichts, um die eigenen gesunden Bedürfnisse zu erfüllen</p>
<b>Vermeidung</b>	<p><i>Distanzierter Selbstschutzmodus (Detached Protector)</i> In diesem Modus distanzieren sich Menschen von emotionalen Leiden durch Folgendes: Vermeidung der Auseinandersetzung mit Gefühlen (nicht darüber reden oder nachdenken), sich in Beziehung zurückziehen andere auf Distanz halten, Gefühle durch Substanzgebrauch (z. B. Alkohol, dämpfende Medikamente oder Drogen) oder Dissoziation abzdämpfen.</p>
	<p><i>Vermeidender Selbstschutzmodus (Avoidant Protector)</i> Bei diesem Modus liegt der Schwerpunkt des Bewältigungsverhaltens auf Vermeidung. Vermieden werden einerseits soziale Kontakte, Leistungssituationen oder Konfliktsituationen. Oft werden darüber hinaus aber auch Gefühlen im Allgemeinen, intensive Sinneseindrücke und Erlebnisse u. a. vermieden.</p>
	<p><i>Ärgerlicher Selbstschutzmodus (Angry Protector)</i> In diesem Modus werden andere durch zynische oder wütende Verhaltensweisen auf Distanz gehalten. Das Gegenüber erlebt den Ärger nicht als intensiv und „echt“, sondern eher als Mittel, um Distanz herzustellen. Anstelle von Ärger kann auch Klagen, etwa über Schmerzen oder die schlechte Stimmung, eingesetzt werden, um Distanz zu schaffen. Dann kann auch vom klagsamen Selbstschutzmodus (Complaining Protector) gesprochen werden. Dies findet sich nicht selten etwa bei Patienten mit somatoformen Störungen.</p>



	<p><i>Distanzierende Selbstberuhigung und -stimulation (Detached Self-Soother)</i>                  In diesem Modus schalten Menschen Gefühle aus, indem sie sich mit Dingen beschäftigen, die besänftigend oder stimulierend wirken. Das beinhaltet v. a. suchtartige oder zwanghafte Verhaltensweisen wie Workaholismus, Glücksspiel, Risikosportarten, Promiskuität oder Substanzgebrauch. Beispiele für eher besänftigende und beruhigende Aktivitäten in diesem Modus sind Computerspiele, übermäßiges Essen, Fernsehen oder Tagträumen.</p>
<b>Überkompensation</b>	<p><i>Selbstüberhöhung (Self-Aggrandizer)</i>                  In diesem Modus treten Menschen betont selbstbewusst auf und stellen eigene Stärken in den Vordergrund. Sie verhalten sich so, als hätten sie besondere Rechte; treten kompetitiv, angeberisch und überheblich auf und werten andere ab, um nicht selbst beschämt zu werden.</p>
	<p><i>Suche nach Aufmerksamkeit und Bestätigung</i>                  In diesem Modus versuchen Menschen im Mittelpunkt zu stehen, sich in Szene zu setzen oder flirten sehr intensiv, um Aufmerksamkeit und Bestätigung zu erhalten. Das Auftreten wirkt oberflächlich und effekthaschend, ggf. auch übermäßig flirtend oder sexualisiert.</p>
	<p><i>Übermäßige zwanghafte Kontrolle (Perfectionistic Overcontroller)</i>                  In diesem Modus versuchen Menschen, sich vor wahrgenommenen oder realen Bedrohungen durch erhöhte Aufmerksamkeit, Grübeln, Sich-Sorgen, vermehrtes Planen und extreme Kontrolle zu schützen. Bei perfektionistischer Kontrolle liegt der Fokus auf Perfektionismus, um Kritik, Unglück, Fehler oder Schuld zu vermeiden.</p>
	<p><i>Übermäßige misstrauische Kontrolle (Paranoid Overcontroller)</i>                  Auch hier soll durch Kontrolle ein Schutz vor Bedrohungen erreicht werden. Bei misstrauischer Kontrolle steht die Wachsamkeit im Vordergrund, andere Menschen und ihr Verhalten werden dauernd auf Indizien für Böswilligkeit hin geprüft, die Betroffenen bewältigen so ihre starken Gefühle von Misstrauen und Angst, erneut verletzt zu werden.</p>
	<p><i>Schikane und Angriff (Bully and Attack)</i>                  In diesem Modus verhalten sich Menschen aggressiv, schüchtern andere verbal ein oder bedrohen sie, um selbst die Kontrolle zu behalten und sich vor Verletzung zu schützen.</p>
	<p><i>Gerissene Täuschung (Cunning Mode)</i>                  In diesem Modus lügen Menschen, um andere zu täuschen, sich selbst in einem guten Licht erscheinen zu lassen oder eigene Ziele zu erreichen. Sie spielen anderen gezielt etwas vor, um ihre Interessen durchzusetzen. Häufig bei Personen mit kriminellen Verhaltensweisen.</p>
	<p><i>Beute-Modus (Predator Mode)</i>                  Beschreibt bei forensischen Patienten einen Modus, in dem andere absichtlich kaltblütig schwer beschädigt oder getötet werden, weil sie eigenen Bedürfnissen im Weg stehen.</p>
	<p><b>Modus des gesunden Erwachsenen</b></p>
	<p>Dieser Modus ist verbunden mit angemessenen erwachsenen Funktionen wie Arbeit, Elternschaft oder der Übernahme von Verantwortung und Verpflichtungen sowie mit angenehmen erwachsenen Aktivitäten wie Sexualität, intellektuellen, ästhetischen und kulturellen Interessen, Gesundheitsfürsorge oder Sport.</p>

Die Grundbedürfnisse von Kindern beinhalten nach Young und Arntz (Arntz & van Genderen, 2010; Young et al., 2005):

- Sicherheit, „Stabile Basis“
- Geborgenheit, Verbundenheit mit anderen Menschen
- Autonomie und Selbstständigkeit
- Anerkennung, Lob und Akzeptanz
- Freiheit, sich mitzuteilen (eigene Gedanken, Gefühle, Bedürfnisse)
- Realistische Grenzen
- Liebe, Wärme und Aufmerksamkeit
- Spontaneität, Spaß und Spiel

Wenn diese Bedürfnisse erfüllt werden, entwickeln Kinder einen starken Modus des fröhlichen Kindes sowie einen ausgeprägten Gesunden-Erwachsenen-Modus und haben einen guten Schutz vor psychischen Erkrankungen.

## Störungsspezifischer und transdiagnostischer Ansatz

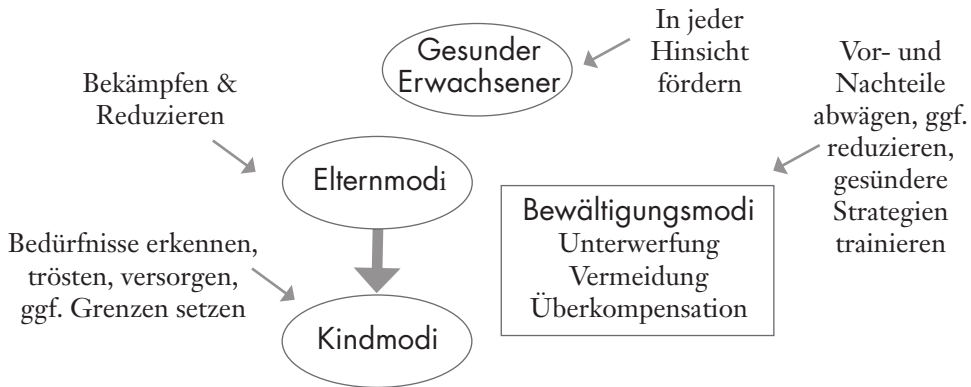
Das Modusmodell umfasst sowohl einen störungsübergreifenden (transdiagnostischen) als auch einen störungsspezifischen Ansatz. Störungsspezifische Moduskonzepte liegen mittlerweile für die meisten Persönlichkeitsstörungen und forensischen Patienten vor (Bamelis et al., 2011; Lobbestael et al., 2008). In den störungsspezifischen Modusmodellen werden die Modi zusammengefasst, die bei Patienten mit dieser Erkrankung typischerweise gefunden werden. Dabei sind diese Modelle grundsätzlich als grobes Gerüst zu verstehen, das individuell an den Patienten, seine Problematik und Geschichte angepasst und ggf. erweitert wird.

Am weitesten verbreitet und am besten untersucht ist bisher das **Modell der Borderline-Persönlichkeitsstörung** (Arntz & van Genderen, 2010): Typische intensive Gefühle wie Angst vor Verlassenwerden, Einsamkeit, Traurigkeit und Misstrauen werden einem **verletzlichen, verlassenen Kindmodus** zugeordnet. Probleme mit Wut und impulsives Verhalten sind mit dem **wütenden, impulsiven Kindmodus** assoziiert. Die charakteristischen massiven Selbstabwertungen und Selbstverletzungen sowie die Gefühle von Selbsthass, Scham und Schuld werden durch einen stark ausgeprägten strafenden Modus erklärt und stehen häufig im Zusammenhang mit traumatischen Kindheitserlebnissen. Die meiste Zeit befinden sich Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung aber im **Selbstschutzmodus** (Bewältigungsmodus Vermeidung). In diesem Modus versuchen sie, sich durch Verhaltensweisen, wie beispielsweise Dissoziation, Substanzmissbrauch, Selbstverletzungen, Essanfälle und Hungern, sozialen Rückzug oder durch rastlose Aktivität von intensiven unangenehmen Emotionen und anderen Menschen abzukapseln, um nicht noch weiter verletzt zu werden. Dies bringt häufig ein chronisches Gefühl von innerer Leere und Einsamkeit mit sich. Die Symptome Identitätsstörung und affektive Instabilität werden mit den schnellen Wechseln zwischen den verschiedenen Modi („**Mode-flipping**“) in Verbindung gebracht. Der **Modus des gesunden Erwachsenen** ist meist nur schwach ausgeprägt (siehe Fallbeispiel zur weiteren Verdeutlichung im Abschnitt Fallkonzeptualisierung).

## Therapeutisches Vorgehen

Das übergreifende **Ziel der Therapie** ist es, dem Patienten zu helfen, seine eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen und zu erfüllen bzw. mit der Frustration umzugehen, wenn Bedürfnisse nicht erfüllt werden können. Hierzu ist es wichtig zu erkennen, welche Bedürfnisse in der Biografie frustriert wurden, wie sich dysfunktionale Modi entwickelt haben und wie diese den Patienten daran hindern, die Bedürfnisse im Hier und Jetzt angemessener zu erfüllen. Dazu wird zu Beginn der Therapie ein **individuelles Modusmodell** (Fallkonzeptualisierung) mit dem Patienten 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 dabei jeweils **spezifische Behandlungsziele** verfolgt und mit dem Patienten transparent besprochen: Kindliche Modi sollen versorgt und getröstet werden, so dass die frustrierten Bedürfnisse erfüllt werden und neue, gesündere Schemata erlernt werden können. Dysfunktionale Elternmodi werden bekämpft und reduziert. Die Bewältigungsmodi 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. Abbildung 2 verdeutlicht diese Ziele (Fassbinder, Schweiger & Jacob, 2011).



**Abbildung 2:** Therapeutische Ziele in Bezug auf das Modusmodell (Fassbinder et al., 2011)

Um diese Ziele zu erreichen, werden **kognitive, emotionsaktivierende** sowie **verhaltensorientierte Interventionen** modusspezifisch eingesetzt. Darüber hinaus wird die Therapiebeziehung als „begrenzte elterliche Fürsorge“ (**limited reparenting**) konzeptualisiert. Limited reparenting beinhaltet neben der Fürsorge auch das Setzen von angemessenen Grenzen. Im Folgenden werden nach einer Vorstellung zur Struktur der Therapie, die Fallkonzeptualisierung mit dem Modusmodell anhand eines Fallbeispiels verdeutlicht und die therapeutischen Techniken mit Interventionsbeispielen vorgestellt. Für eine weitere Vertiefung zur Arbeit mit dem Modusmodell verweisen wir auf die ausführlichen Manuale, spezifisch für die Borderline-Persönlichkeitsstörung (Arntz & van Genderen, 2010) bzw. störungsübergreifend (Jacob & Arntz, 2011) und zum Einsatz in der Gruppentherapie (Farrell & Shaw, 2013).

## Struktur der Therapie

In der Arbeit mit dem Modusmodell lassen sich grob **drei Phasen** einteilen:

1. In der **ersten Phase** steht der Beziehungsaufbau, die Erhebung der aktuellen Problematik und der Biografie sowie **Psychoedukation** im Vordergrund mit dem Ziel, eine individuelle **Fallkonzeptualisierung** mit dem Modusmodell zu erarbeiten.
2. Die **zweite Phase** ist die **Veränderungsphase**, die beginnt, wenn das Modusmodell gut etabliert ist. Hierbei werden die aktuellen Probleme bzw. das aktuelle Verhalten ins Modusmodell eingeordnet und mit Techniken behandelt, die der emotionalen Aktivierung dienen. Hierbei gilt als Daumenregel, dass zunächst Bewältigungsmodi bearbeitet werden, um einen Zugang zu den dahinterliegenden Kindmodi zu bekommen. Hierzu müssen die Bewältigungsmodi erst identifiziert, verstanden, hinterfragt (Pro/Contra) und vor allem entängstigt werden. Nur wenn ausreichend Sicherheit in der Therapiebeziehung hergestellt wurde, lassen sich in der Regel Bewältigungsmodi reduzieren. Wenn die Kindmodi erreicht sind, sollen diese insbesondere mit Imaginationenübungen und über die therapeutische Beziehung bzw. den Aufbau von anderen hilfreichen Beziehungen, z. B. in der Gruppentherapie, versorgt und gestärkt werden. Im Anschluss sollen die dysfunktionalen Elternmodi bekämpft und reduziert werden.
3. Simultan über den gesamten Therapieprozess hinweg wird der Modus des gesunden Erwachsenen gestärkt, so dass der Patient selbst diese Aufgaben übernehmen und schließlich in die **dritte Phase**, die **Autonomiephase**, übertreten kann. Hier bekommt der Patient mehr und mehr Verantwortung und entwickelt andere hilfreiche, gesunde Beziehungen außerhalb der Therapiebeziehung. Die Therapiekontakte werden schrittweise reduziert, wobei ein Kontakt nach Ende der Therapie auch möglich, aber nicht notwendig ist.

Bezüglich der Dauer der Therapie lassen sich nur sehr allgemeine Hinweise geben, da sehr unterschiedliche Patienten mit dem Modusmodell behandelt werden können. Bei schwerkranken, multimorbiden Patienten wird von einer längeren Therapiedauer von ca. 2 Jahren ausgegangen. Bei leichter kranken Patienten oder beispielsweise in der Selbsterfahrung lassen sich ggf. schon nach wenigen Sitzungen mit den gleichen Prinzipien ausgeprägte Veränderungen erreichen.

## Fallkonzeptualisierung mit dem Modusmodell

Auch bei störungsspezifischen Therapien ist es notwendig, das Modusmodell individuell zu erstellen, um der individuellen Problematik und Geschichte des Patienten gerecht zu werden. Empfehlenswert ist zudem auch eine ausführliche, strukturierte Diagnostik, beispielsweise mit SKID-I- und -II-Interview, 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 da sein, um diese ggf. zu verändern.

Eine Beschränkung auf vier bis sieben problematische Modi bei der Erstellung des Modusmodells ist dringend empfehlenswert, da das Konzept sonst seine bestechende Einfachheit und Eingängigkeit verliert. Es ist hierbei Aufgabe des Therapeuten, die für den Patienten relevanten Modi herauszusuchen. Bei der zunehmenden Anzahl von Schemamodi können die störungsspezifischen Konzepte bzw. eine orientierende Erhebung mit dem SMI (Lobbestael et al., 2010) hilfreich sein.

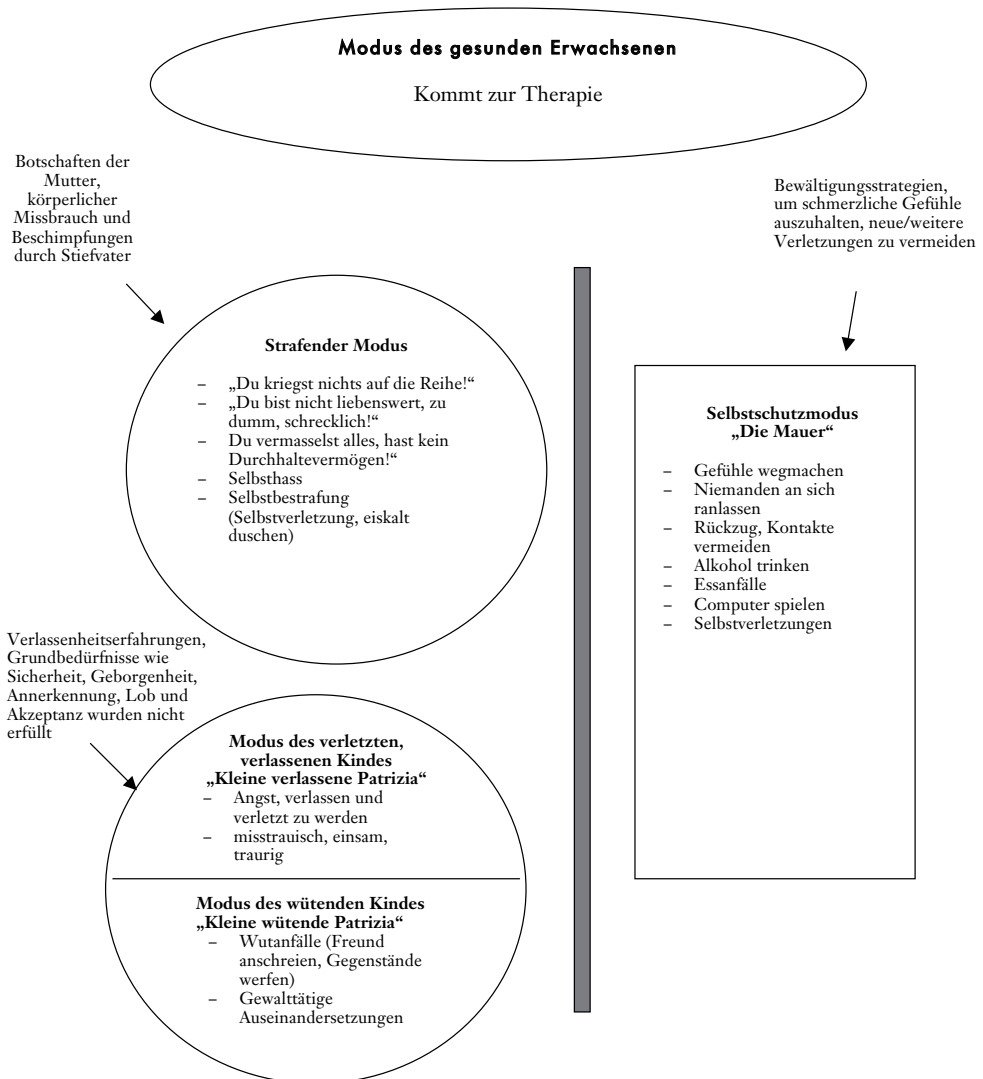
Anhand des folgenden Fallbeispiels wird die Erstellung einer Fallkonzeptualisierung verdeutlicht.

### **Fallbeispiel**

Patrizia Z. (24 J.) kommt in die Behandlung und berichtet: „Ich komme einfach nicht mit meinen Gefühlen klar, und auch sonst kriege ich nichts auf die Reihe. Mein Freund hat mich vor einem Monat verlassen, weil ihm das ständige Auf und Ab mit mir zu anstrengend war. Seitdem fühle ich mich unglaublich einsam und traurig. Aber eigentlich war das auch schon immer so. Auch in der Beziehung oder mit Freunden habe ich mich immer alleine gefühlt und irgendwie nicht liebenswert. Das war eines der Hauptprobleme in unserer Beziehung, weil ich ständig dachte, dass mein Freund mich verlassen oder betrügen würde. Wir haben deshalb häufig gestritten. Oft habe ich dann heftige Wutanfälle bekommen, meinen Freund angeschrien oder mit Gegenständen nach ihm geworfen. Ein paarmal bin ich auch auf ihn losgegangen, und wir haben uns richtig geschlagen. Jetzt ist er weg, naja, das habe ich auch nicht anders verdient. So eine schrecklich dumme Kuh, wie ich bin. Mit mir hält es einfach keiner aus. ... Seit der Trennung habe ich mich jetzt total von allen zurückgezogen. Ich fühle mich zwar häufig wirklich sehr einsam und traurig, aber nach der Erfahrung will ich wirklich niemanden mehr an mich ranlassen. Das funktioniert bei mir einfach nicht mit anderen Menschen und tut allen nur weh. Manchmal fühle ich mich dann aber plötzlich so schrecklich traurig und allein, dass ich es nicht aushalten kann. In letzter Zeit trinke ich dann immer Alkohol. Das ist jetzt schon jeden Abend so. Manchmal habe ich auch Essanfälle, oder ich spiele bis tief in die Nacht am Computer. Wenn es ganz schlimm ist, dann habe ich mich auch selbst verletzt, damit diese blöden Gefühle endlich aufhören.“

Nach ihrer Ausbildung befragt, antwortet sie: „Ach, dafür bin ich einfach zu dumm. Ich vermassele einfach alles und hab kein Durchhaltevermögen. Das hat meine Mutter auch schon früh zu mir gesagt. Oh Mann, wenn ich darüber nachdenke, was ich alles schon verbockt habe, hasse ich mich selbst noch viel mehr und würde mich am liebsten bestrafen. Gestern habe ich mich mit einem Deospray vereist, das tut wenigstens ordentlich weh. Manchmal dusche ich mich auch solange eiskalt ab, bis ich ganz blau vor Kälte bin. Mein Stiefvater hat das früher auch häufig so mit mir gemacht, wenn ich mal wieder was falsch gemacht habe.“ Im weiteren Verlauf stellt sich heraus, dass der Stiefvater alkoholkrank war und Patrizia und ihre Mutter häufig heftig körperlich misshandelt und beschimpft hat. Der leibliche Vater hatte die Familie schon früh verlassen. Die Patienten hat sehr unter der Trennung gelitten und sich selbst dafür die Schuld gegeben.

Die Fallkonzeptualisierung (s. Abb. 3) wird mit der Patientin am Flipchart möglichst interaktiv erarbeitet. Dabei werden möglichst individuelle Namen für die jeweiligen Modi gesucht. Das Modusmodell wird während der gesamten Therapie weiter ergänzt, wenn beispielsweise neues Verhalten auftritt. Das Flipchart mit dem Modusmodell wird zu jeder Einzelsitzung aufgehängt, und es wird immer wieder darauf Bezug genommen.



**Abbildung 3:** Das Schematherapeutische Modusmodell von Patrizia

### Kognitive Techniken

Kognitive Techniken werden zur Psychoedukation des Patienten über seine Modi sowie ihre Entstehungsbedingungen eingesetzt. Für jeden Modus werden Erkennungsmerkmale (Gefühle, Gedanken, Körperreaktion, Erinnerungen und Verhaltensimpulse) und situative Auslöser herausgearbeitet. Auch die Informationsvermittlung zu Grundbedürfnissen von Kindern, normaler Entwicklung und Emotionen spielt eine wichtige Rolle. In diesem Zusammenhang können alle Techniken der kognitiven Therapie eingesetzt werden, wie beispielsweise Fokussierung von langfristigen Konsequenzen, Analyse von selektiven Aufmerksamkeitsprozessen oder Bearbeitung von schwarz-weißen Denkmustern. Ein Schwerpunkt liegt auf Pro- und Contra-Überlegungen, die insbesondere in der Bearbeitung der Bewältigungsmodi eine große Rolle spielen. Eine beispielhaft erarbeitete Pro-Contra-Liste zum Fallbeispiel von Patrizia Z. zeigt Abbildung 4. Vielfältige Anregungen für den Einsatz von kognitiven Techniken, wie beispielsweise Moduskarten, Modustagebuch oder Modusanalyse und Arbeitsmaterialien zur Psychoedukation, finden sich in Fassbinder et al., 2011.

**Abbildung 4:** Vor- und Nachteile des Selbstschutzmodus von Patrizia Z ...

Vorteile der „Mauer“	Nachteile der „Mauer“
Keiner kann mir weh tun Ich muss schmerzhaft Gefühle nicht spüren Ich funktioniere besser Ich kann mich besser kontrollieren, habe mich im Griff Ich belaste andere nicht so sehr Ich kann meine Maske aufrechterhalten, keiner sieht meine Gefühle Vergangene Situationen kommen nicht hoch Ich fühle mich damit sicher. Ich habe die Kontrolle	Ich fühle mich einsam und alleine, habe keine Verbindung zu anderen Menschen Gefühle und Probleme sind nur gedeckelt, kommen wieder, dann muss ich sie wieder wegdrücken Kostet viel Kraft und Energie Ich kann keine neuen Strategien im Umgang mit meinen Problemen/Gefühlen erlernen Ich habe das mit dem Alkohol nicht mehr unter Kontrolle Ich habe keinen Kontakt zu meinen Gefühlen und Bedürfnissen, kann sie deshalb auch nicht erfüllen Kann mich selbst nicht kennenlernen, finde nicht raus, was ich im Leben will, habe dadurch wenig Kontrolle in meinem Leben

### Behaviorale Techniken

Zum Unterbrechen von ungünstigen Verhaltensmustern und zur Arbeit an Symptomen im Sinne von Verhaltensexzessen oder -defiziten werden grundsätzlich alle Techniken der Verhaltenstherapie zum Aufbau von neuem Verhalten eingesetzt. Dazu gehören Rollenspiele und Hausaufgaben ebenso wie Expositionsübungen, Verhaltensexperimente, Skill-Training, Aufbau angenehmer Aktivitäten oder Entspannungstechniken. Diese Techniken werden immer in Beziehung zum Modusmodell gesetzt, wie Abbildung 5 (Fassbinder et al., 2011) verdeutlicht. Das Hauptziel dabei ist, den Patienten zu fördern, dass er mehr Zeit im Modus des gesunden Erwachsenen verbringt.



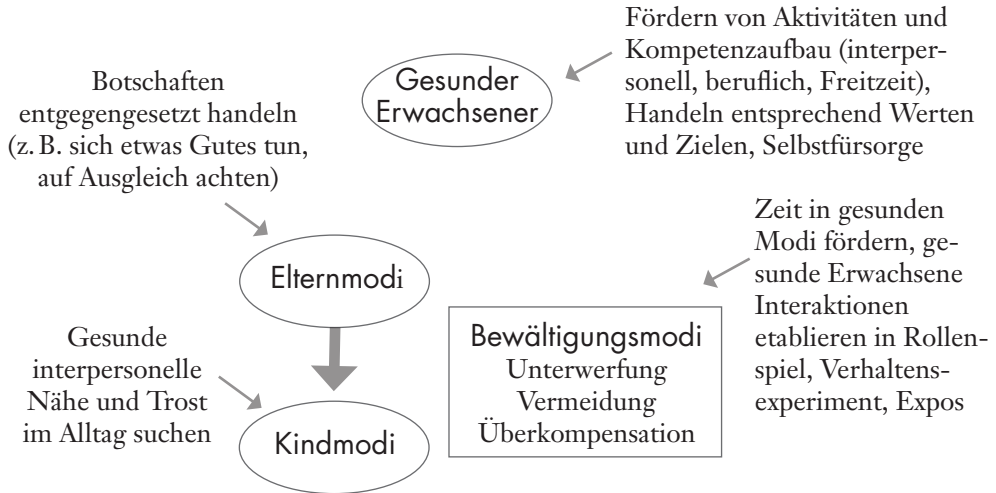


Abbildung 5: Behaviorale Techniken aus Fassbinder et al., 2011

### Emotionsorientierte Techniken

Die emotionale Interventionsebene ist ein wichtiger Schwerpunkt der Therapie. Patienten sollen lernen, Gefühle, wie z. B. Traurigkeit und Wut, zum Ausdruck zu bringen und so Emotionen zu erleben, die die Fokussierung auf ihre eigenen Bedürfnisse und Ziele stärken. Die wichtigsten Techniken sind dabei Arbeit mit Stuhldialogen sowie imaginative Techniken (v. a. Imagery Rescripting).

In der **Stuhlarbeit** werden Dialoge zwischen verschiedenen Modi durchgeführt, wobei die Modi durch verschiedene Stühle dargestellt werden. Das Ziel ist, mehr Distanz zu den Modi zu bekommen, andere Sichtweisen zu verdeutlichen, Emotionen zu aktivieren bzw. „Emotionschaos“ zu ordnen. Ggf. können Modi bekämpft oder relativiert werden, ohne den Patienten direkt anzugreifen. Der Therapeut bzw. der Modus des gesunden Erwachsenen verfolgt die oben beschriebenen modusspezifischen Ziele (s. Abb. 2) und passt Ton und Inhalt entsprechend an (Beispielintervention in Box 1).

Im Rahmen von Imaginationsübungen werden Modi aktiviert, indem aktuelle Emotionen vertieft und mit biografischen Gedächtnisbildern verbunden werden. Die wichtigste Intervention mit Kindheitsimaginationen ist das sogenannte **Imagery Rescripting** (Holmes, Arntz & Smucker, 2007), in dem die imaginierte (in der Regel emotional belastende) Situation so verändert wird, dass die Bedürfnisse des vorher nicht ausreichend versorgten Kindes befriedigt werden (Beispielintervention in Box 2). Hierzu kann als Helfer der Therapeut in das Bild eingeführt werden, je nach Ressourcen des Patienten auch andere hilfreiche Personen oder im letzten Schritt der Patient selbst im gesunden Erwachsenenmodus.

### **Box 1: Beispielintervention Patrizia Z.: Stuhldialog mit dem Selbstschutzmodus**

Nachdem die Vor- und Nachteile der „Mauer“ erhoben wurden, kommt Patrizia Z. erneut im Selbstschutzmodus in die Therapie. Der Therapeut schlägt einen Stuhldialog vor, um „die Mauer“ besser zu verstehen. Er bittet Patrizia Z., auf einen für den Selbstschutzmodus bereitgestellten Stuhl Platz zunehmen und dort ganz in die Perspektive der „Mauer“ einzutauchen und nur aus Sicht des Modus zu antworten. Er sagt anschließend etwa: „Hallo Mauer, du bist ja ungemein wichtig für Patrizia, das würde ich gerne besser verstehen. Kannst du mir sagen, warum du eigentlich da bist?“, um den adaptiven Wert der „Mauer“ herauszuarbeiten und zu validieren. Hierbei ist es wichtig, auch nach der Entwicklung des Modus zu fragen (z. B. „Seit wann gibt es dich denn eigentlich schon im Patrizias Leben?“). Wenn „die Mauer“ in ihrer Funktion gut verstanden und ausführlich validiert wurde, exploriert der Therapeut die Nachteile im heutigen Leben und versucht, den Modus des verletzten Kindes hinter dem Selbstschutzmodus hervorzulocken, indem er auf die Traurigkeit und Einsamkeit der „kleinen Patrizia“ zu sprechen kommt. Er macht deutlich, dass „die Mauer“ ihn von der „kleinen Patrizia“ fernhält und er ihr deshalb nur schwer helfen kann. Anschließend verhandelt er mit dem Modus, inwieweit er sich zurückziehen kann, um einen engeren Kontakt zu ermöglichen.

### **Box 2: Beispielintervention Patrizia Z.: Imagery Rescripting**

Nach einigen Sitzungen hat „die Mauer“ sich beruhigt, und Patrizia Z. kann besser über ihre Angst vor Ablehnung berichten. Sie möchte eine Situation aus der vergangenen Woche besprechen, bei der eine Freundin vergessen hatte, sie anzurufen, und sie sich plötzlich ganz traurig, wertlos und zurückgewiesen gefühlt habe, so dass es zu einem erneuten Alkoholrückfall gekommen war. Es wird eine Imaginationsübungen mit „Rescripting“ durchgeführt, bei der die aktuellen Gefühle der Traurigkeit, Wertlosigkeit und Zurückweisung fokussiert werden. Mit Hilfe einer „Emotionsbrücke“ wird die Verbindung zu einer Situation aus der Kindheit hergestellt: Der Stiefvater hat Briefe, die Patrizia an ihren Vater geschrieben hatte, gefunden. Er liest sie laut vor, macht sich darüber lustig und wertet sie anschließend massiv ab („Kein Wunder, dass der abgehauen ist. Dich will ja keiner haben!“). Der Therapeut betritt die imaginierte Szene und stellt sich schützend vor die „kleine Patrizia“. Er begrenzt das Verhalten des Stiefvaters, stellt die Ungerechtigkeit dabei deutlich heraus. Anschließend tröstet er das Kind und sagt dem Mädchen, dass es nichts mit ihm zu tun hat, dass der Vater weggegangen ist und sie ein sehr liebenswertes Mädchen ist. Auf Wunsch des Kindes bringt er es dann zu seiner Oma Lina, bei der sich die kleine Patrizia sicher und gut aufgehoben fühlt. Die Patientin fühlt sich durch diese Übung gestärkt und bekommt die Hausaufgabe, eine Audioaufnahme mit der Übung zu Hause wiederholt anzuhören.

## Therapiebeziehung

Die Gestaltung der Therapiebeziehung nimmt ebenfalls einen zentralen Stellenwert ein. Der Therapeut stellt seinen Beziehungsstil gezielt auf die Modi und die frustrierten Bedürfnisse des Patienten ein. Mit dem Konzept des limited reparenting (begrenzte elterliche Fürsorge) wird beschrieben, dass der Therapeut sich wie ein guter Elternteil verhält, dabei aber natürlich die angemessenen Grenzen einer therapeutischen Beziehung beachtet. Eine wesentliche Leitfrage in der Gestaltung der Therapiebeziehung ist: „Was würde ein guter Elternteil tun?“ Zu „limited reparenting“ gehören Warmherzigkeit, Fürsorge, Schutz und Empathie. Es kann jedoch auch bedeuten, dem Patienten Grenzen zu setzen oder ihn zu autonomem Verhalten aufzufordern. Die Therapiebeziehung schafft einen „sicheren Hafen“ für den Patienten, ist aber auch gleichzeitig eine Quelle der Veränderung. Eine wichtige Technik in der Therapiebeziehung ist dabei die sogenannte empathische Konfrontation. Hierbei validiert der Therapeut auf der einen Seite das modusassoziierte Problemverhalten und bringt es in Verbindung mit den biografischen Entstehungsbedingungen. Gleichzeitig aber konfrontiert er den Patienten auf freundliche, persönliche, aber sehr klare Weise auch mit den Konsequenzen seines Verhaltens und der Notwendigkeit für Veränderung. Hierbei spricht er insbesondere seine eigenen Emotionen an, die das Verhalten bei ihm auslöst.

## Stand der Forschung

Derzeit existieren störungsspezifische Modusmodelle für die Borderline-, die dependente, die selbstunsichere, die zwanghafte, die histrionische, die narzisstische, die antisoziale und die paranoide Persönlichkeitsstörung (Bamelis et al., 2011; Lobbestael et al., 2008; Lobbestael et al., 2010). Eine Studie konnte für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung auch experimentell zeigen, dass sie auf emotionalen Stress mit einer Verstärkung des Selbstschutzmodus reagieren (Arntz, Klokman & Sieswerda, 2005).

Die erste große randomisierte, kontrollierte Studie wurde zur Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung durchgeführt. Hierbei wurde mit dem Modusmodell gearbeitet und die Schematherapie (ST) (N=44) mit übertragungsfokussierter Therapie (TFP) nach Kernberg (N= 42) verglichen. Patienten erhielten über drei Jahre zwei Einzeltherapiesitzungen pro Woche. ST zeigte im Vergleich zu TFP weniger Therapieabbrucher, höhere Remissionsraten, eine bessere Reduktion der typischen Symptomatik der Borderline-Persönlichkeitsstörung und der allgemeinen Symptombelastung sowie eine Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus (Giesen-Bloo et al., 2006). Darüber hinaus hatte ST eine günstigere Kosten-Nutzen-Beziehung (van Asselt et al., 2008). Ein Prä-post-Vergleich bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigte unter Versorgungsbedingungen mit reduzierter Frequenz und Dauer der Therapie vergleichbar gute Effekte (Nadort et al., 2009).

In einer zweiten randomisierten, kontrollierten Studie in den USA erhielten 32 Frauen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung eine psychotherapeutische Behandlung, die der üblichen Praxis entsprach (treatment as usual, TAU). Sechzehn Frauen erhielten zu-

sätzlich eine schematherapeutische Gruppenbehandlung nach dem Modusmodell mit 30 Sitzungen. Die ST-Gruppe zeigte nach nur 8 Monaten signifikante Reduktionen der typischen Symptomatik der Borderline-Persönlichkeitsstörung und der allgemeinen Symptombelastung sowie eine Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus mit großen Effektstärken. In der ST-Gruppe gab es zudem deutlich höhere Remissionsraten und weniger Therapieabbrecher als in der TAU-Gruppe (Farrell et al., 2009). Die Vorteile der Gruppentherapie liegen dabei möglicherweise in folgenden Punkten: 1. Modi werden häufig im Kontakt mit anderen Menschen „getriggert“ und führen dann zu interpersonellen Schwierigkeiten. In der Gruppe kann dies unmittelbar aufgegriffen und neues interpersonelles Lernen im sicheren Rahmen trainiert werden. 2. Gruppenspezifische Wirkfaktoren wie Zusammengehörigkeitsgefühl, gegenseitige Unterstützung und Validierung der Gruppenmitglieder untereinander, empathische Konfrontation durch andere Gruppenmitglieder fördern und katalysieren möglicherweise die Veränderungen von Modi. Ein Manual zur Durchführung der Gruppentherapie ist mittlerweile auch auf deutscher Sprache erschienen (Farrell & Shaw, 2013).

Aufgrund der guten Ergebnisse dieses RCT wird derzeit eine internationale multizentrische Studie durchgeführt, in der Effektivität und Kosten-Nutzen-Verhältnis von ambulanter Schematherapie als kombinierter Einzel- und Gruppentherapie in unterschiedlichen Formaten untersucht werden. Erste Ergebnisse einer einarmigen Pilotstudie (N=10) mit schwerkranken, hochkomorbiden Patienten mit BPS in Deutschland sind in Bezug auf die Reduktion der typischen Symptomatik der Borderline-Persönlichkeitsstörung, der Steigerung des psychosozialen Funktionsniveaus und der Senkung der stationären Krankenhaustage sehr vielversprechend (Fassbinder et al., 2012).

Zudem wurde in den letzten Jahren unter Leitung von Arnaud Arntz eine randomisierte, kontrollierte Studie zur Behandlung von Patienten mit weiteren Persönlichkeitsstörungen, v. a. Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen, durchgeführt (Bamelis, Evers & Arntz, 2012). Es ergaben sich positive Ergebnisse in Bezug auf Therapieabbruch und Reduktion der persönlichkeitspezifischen sowie der depressiven Symptomatik. Eine weitere kontrollierte, randomisierte Studie wird aktuell mit forensischen Patienten durchgeführt, deren Zwischenergebnisse ebenfalls ermutigend sind. Interessante Pilotdaten gibt es zudem für Essstörungen (Simpson, Morrow & van Reid, 2010) und therapierefraktäre Zwangsstörungen (Knauss, Stelzer & Jacob, 2012).

## Fazit für die Praxis

Die Arbeit mit dem Modusmodell als neuer Therapietechnik ist in den letzten Jahren international und deutschlandweit mit großem Interesse aufgenommen worden. Anwendungsschwerpunkte liegen insbesondere bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und ähnlichen komplexen chronischen Problemen. Das Modell ist aber auch gut auf weitere Patientengruppen oder auch Therapeuten in der Selbsterfahrung übertragbar. Es besticht durch seine Einfachheit und Eingängigkeit und schafft es schnell, ein Metaverständnis für die zugrunde liegende Problematik aufzubauen. Die Probleme und Symptome des Patienten werden verschiedenen Modi zugeordnet und mit der Biografie in Zusammenhang gebracht. Aus dem Modusmodell leiten sich transparent für Therapeut und

Patient die Therapieziele ab. Eine besondere Beachtung gilt emotionsaktivierenden Interventionen und der spezifischen Gestaltung der Therapiebeziehung im Rahmen des „limited reparenting“. Bisherige Studien zeigen eine gute Wirksamkeit bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, zu weiteren Persönlichkeitsstörungen und chronischen Achse-I-Störungen laufen aktuell kontrollierte Studien. Die Anwendung in der Gruppentherapie ist kostensparend und effektiv und kann so mehr Patienten den Zugang zu dieser Therapie ermöglichen.

## Literatur

- Arntz, A., Klokman, J. & Sieswerda, S. (2005). An experimental test of the schema mode model of borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 226-239.
- Arntz, A. & van Genderen, H. (2010). Schematherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung. Weinheim: Beltz.
- Bamelis, L.L., Evers, S.M. & Arntz, A. (2012). Design of a multicentered randomized controlled trial on the clinical and cost effectiveness of schema therapy for personality disorders. *BMC. Public Health*, 12, 75.
- Bamelis, L.L., Renner, F., Heidkamp, D. & Arntz, A. (2011). Extended Schema Mode conceptualizations for specific personality disorders: an empirical study. *Journal of Personality Disorders*, 25, 41-58.
- Farrell, J.M. & Shaw, I.A. (2013). Schematherapie in Gruppen-Therapiemanual für die Borderline-Persönlichkeitsstörung. Weinheim: Beltz.
- Farrell, J.M., Shaw, I.A. & Webber, M.A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 317-328.
- Fassbinder, E., Diering, E., Wedemeyer, N., Schuetze, M., Greggersen, W., Sipos, V. et al. (2012). Group schema therapy for outpatients with severe borderline personality disorder in Germany: A pilot study. Presentation at the Conference of the International Society of Schematherapy, New York City, USA.
- Fassbinder, E., Schweiger, U. & Jacob, G.A. (2011). Therapietools Schematherapie. Weinheim: Beltz.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T. et al. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.
- Holmes, E.A., Arntz, A. & Smucker, M.R. (2007). Imagery rescripting in cognitive behaviour therapy: images, treatment techniques and outcomes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 297-305.
- Jacob, G.A. & Arntz, A. (2011). Praxis der Schematherapie. Weinheim: Beltz.
- Knauss, E., Stelzer, N. & Jacob, G.A. (2012). Treating obsessive-compulsive disorder with the Schema-Mode-Model. In M. van Vreeswijk, J. Boersen, M. Nadort (Hrsg), *Handbook of schema therapy: theory, research and practice*. Wiley, Sussex.
- Lobbestael, J., Arntz, A. & Sieswerda, S. (2005). Schema modes and childhood abuse in borderline and antisocial personality disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 240-253.
- Lobbestael, J., van Vreeswijk, M., Spinhoven, P., Schouten, E. & Arntz, A. (2010). Reliability and validity of the short Schema Mode Inventory (SMI). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38, 437-458.
- Lobbestael, J., van Vreeswijk, M.F. & Arntz, A. (2008). An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 854-860.

- Nadort, M., Arntz, A., Smit, J.H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P. et al. (2009). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 961-973.
- Simpson, S.G., Morrow, E., van, V.M. & Reid, C. (2010). Group schema therapy for eating disorders: a pilot study. *Frontiers in Psychology*, 1, 182.
- van Asselt, A.D., Dirksen, C.D., Arntz, A., Giesen-Bloo, J.H., van Dyck, R., Spinhoven, P. et al. (2008). Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder: cost-effectiveness of schema-focused therapy v. transference-focused psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 192, 450-457.
- Young, J.E., Klosko, S. & Weishaar, M.E. (2005). *Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch*. Paderborn: Junfermann.

## Korrespondenzadressen

Dr. Eva Faßbinder (eva.fassbinder@uksh.de, 0451/500-2465)  
Prof. Dr. Ulrich Schweiger (ulrich.schweiger@uksh.de, 0451/500-2450)  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie | Universität zu Lübeck  
Ratzeburger Allee 160 | 23538 Lübeck