



Masterstudiengang

MSc-Arbeit

Schematherapie im psychiatrisch-  
psychotherapeutischen Tagesklinik-Setting

Eine qualitative Studie mit 10 Patientinnen und Patienten

**Mirjam Blatter**

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Referent: Prof. Dr. phil. Hugo Grünwald

Lenzburg, Mai 2022

Diese Arbeit wurde im Rahmen des Bachelor- oder konsekutiven Masterstudienganges am Departement Psychologie der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch die ZHAW.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Pfingstweidstrasse 96, CH-8005 Zürich

## **Danksagung**

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Personen bedanken, die auf unterschiedliche Art und Weise zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Ein besonderer Dank gilt allen Interviewpartnerinnen und -partnern, welche sich Zeit für die Befragungen genommen haben. Ohne sie wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen. Ein grosser Dank geht auch an Dr. rer. nat. Dr. theol. Uzoma Aligwekwe, dem Leiter der Tagesklinik PZO, welcher die Umfragen ermöglicht hat und mir unterstützend zur Seite gestanden ist. Ebenfalls danke ich dem ganzen Behandlungsteam, welches mich während der Zeit meiner Interviewdurchführungen wohlwollend in der Tagesklinik willkommen geheissen hat. Besonders danken möchte ich Kerry Glaus, die mich bei der Datenerfassung meiner Arbeit unterstützt hat.

Ein weiterer Dank gilt Herr Prof. Dr. phil. Hugo Grünwald für seine fachliche Unterstützung und das wertvolle Vertrauen in das Gelingen dieser Masterarbeit.

Letztlich richte ich meinen Dank an meine Studienkolleginnen und -kollegen, meine Freundinnen und Freunde, meine Geschwister, meine Eltern und meinen Freund. Danke für die vielen Diskussionen, kritischen Betrachtungen, Anregungen und Korrekturlesungen sowie für euer Zuversicht und Kraft spendendes Dasein im Rahmen meiner Masterarbeit und darüber hinaus.

### **Zusammenfassung**

Die Wirksamkeit der Schematherapie wurde in verschiedenen Indikations- und Anwendungsbereichen empirisch nachgewiesen. Wirksamkeitsnachweise im psychiatrisch-psychotherapeutischen tagesklinischen Setting sind hingegen weitgehend ausstehend. Aufgrund dessen wird in dieser empirisch qualitativen Arbeit das Ziel verfolgt, aus Patientensicht schematherapeutische Interventionen im tagesklinischen Setting zu untersuchen. Dabei werden mittels halbstrukturierter Interviews von 10 Patientinnen und Patienten der Tagesklinik persönliche Veränderungsprozesse durch die Schematherapie exploriert und hinderliche und/oder förderliche Faktoren der schematherapeutischen Interventionen identifiziert. Die transkribierten Interviews werden mittels strukturierender Inhaltsanalyse ausgewertet. Die Resultate zeigen, dass durch schematherapeutische Interventionen im tagesklinischen Setting positive Veränderungen im Bereich der Emotionsregulation, der Sozialkompetenzen und der Selbsterkenntnis möglich sind sowie Hoffnung auf den Behandlungserfolg geweckt wird. Zusätzlich wird die Fähigkeit gestärkt, in herausfordernden Situationen neue Lösungsansätze zu entwickeln. In vereinzelt Situationen wurde von den Patientinnen und Patienten keine Veränderung wahrgenommen. Förderliche Faktoren für die wahrgenommenen Veränderungen waren das schematherapeutische Wissen, die Konfrontation mit Gefühlen und Lebensthemen, die tagesklinische Struktur, der Aufbau und die Komplementarität der schematherapeutischen Gruppen inkl. Arbeitsmaterial, die Gruppenerfahrungen und die therapeutische Beziehung zum Behandlungsteam. Faktoren, die teilweise als hinderlich identifiziert wurden, sind die anfänglichen Verständnisschwierigkeiten und die teilweise zu starke Konfrontation mit intensiven Gefühlen sowie Gefühle von Scham, Hemmungen und Angst durch das Exponiertsein vor der Gruppe.

*Schlagwörter:* Schematherapie, Tagesklinik, intermediäre Angebote, Gruppenschematherapie, erlebnisbasierte Interventionen, psychoedukative Gruppentherapie

## Inhalt

<b>1</b>	<b>Einführung .....</b>	<b>1</b>
1.1	Ausgangslage und Ziel der Arbeit .....	1
1.2	Beschreibung der Institution .....	1
1.3	Aufbau der Arbeit .....	2
<b>2</b>	<b>Theorie .....</b>	<b>3</b>
2.1	Tagesklinik.....	3
2.1.1	Historische Entwicklung der Tagesklinik .....	3
2.1.2	Wirksamkeit und Wirkfaktoren tagesklinischer Behandlung .....	4
2.1.3	Besonderheiten des tagesklinischen Settings.....	6
2.2	Schematherapie .....	7
2.2.1	Schemabegriff .....	8
2.2.2	Maladaptive Schemata .....	8
2.2.3	Maladaptive Bewältigungsstile und Bewältigungsreaktionen .....	14
2.2.4	Modusmodell .....	14
2.2.5	Schematherapeutisches Arbeiten in der Tagesklinik PZO.....	16
2.2.6	Forschungsstand.....	18
2.3	Fragestellung.....	19
<b>3</b>	<b>Methode .....</b>	<b>19</b>
3.1	Forschungsdesign und deren Begründung .....	20
3.2	Ethische Überlegungen .....	21
3.3	Gütekriterien qualitativer Forschung .....	21
3.3.1	Verfahrensdokumentation .....	21
3.3.2	Argumentative Interpretationsabsicherung .....	22
3.3.3	Regelgeleitetheit.....	22
3.3.4	Nähe zum Gegenstand .....	22
3.3.5	Kommunikative Validierung.....	22
3.3.6	Triangulation .....	22
3.4	Stichprobe .....	23
3.4.1	Rekrutierung.....	23
3.4.2	Ein- und Ausschlusskriterien .....	23
3.4.3	Stichprobenzusammensetzung .....	23
3.5	Datenerhebung .....	24
3.5.1	Interviewleitfaden .....	24

3.5.2	Interviewdurchführung.....	25
3.6	Datenaufbereitung und Datenauswertung.....	26
3.6.1	Transkription.....	26
3.6.2	Inhaltsanalyse.....	26
<b>4</b>	<b>Ergebnisse.....</b>	<b>28</b>
4.1	Veränderungen durch die Schematherapie.....	28
4.1.1	Hoffnung auf Veränderung und Behandlungserfolg.....	28
4.1.2	Emotionsregulation.....	29
4.1.3	Neue Lösungsansätze.....	30
4.1.4	Selbsterkenntnis und Selbstbewusstsein.....	31
4.1.5	Sozialkompetenzen.....	32
4.1.6	Keine Veränderung.....	32
4.2	Unterstützende Faktoren.....	33
4.2.1	Schematherapeutisches Wissen und Interventionen.....	33
4.2.2	Nötige Konfrontation.....	34
4.2.3	Aufbau, Struktur und Arbeitsmaterial.....	35
4.2.4	Gruppenerfahrung.....	36
4.2.5	Therapeutische Beziehung.....	38
4.3	Hinderliche Faktoren.....	39
4.3.1	Verständnisfragen.....	39
4.3.2	Intensive Gefühle und Grenzerfahrungen.....	40
4.3.3	Angst, Scham und Hemmungen.....	40
<b>5</b>	<b>Diskussion.....</b>	<b>41</b>
5.1	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	42
5.1.1	Zusammenfassung der Veränderungen.....	42
5.1.2	Zusammenfassung der unterstützenden Faktoren.....	43
5.1.3	Zusammenfassung der hinderlichen Faktoren.....	45
5.2	Interpretation der Ergebnisse.....	46
5.3	Limitationen.....	52
5.4	Fazit und Ausblick.....	54
	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>55</b>
	<b>Anhang.....</b>	<b>62</b>

## **Abbildungsverzeichnis**

<b>Abbildung 1:</b> Dynamik des Modusmodells in Anlehnung an Roediger (2018) .....	<b>16</b>
--	-----------

## **Tabellenverzeichnis**

<b>Tabelle 1:</b> Wirkfaktoren tagesklinischer Behandlung nach Hoge et al. (1988) .....	<b>5</b>
<b>Tabelle 2:</b> Stichprobenzusammensetzung .....	<b>24</b>
<b>Tabelle 3:</b> Übersicht der Haupt- und Subkategorien des Kodierleitfadens .....	<b>27</b>



# 1 Einführung

## 1.1 Ausgangslage und Ziel der Arbeit

Für die Behandlung von psychisch kranken Personen sind die ambulanten und intermediäre Angebotsstruktur von grosser Bedeutung (Bundesamt für Gesundheit [BAG]; Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrische und Psychotherapeutische Tageskliniken [SGPPT], 2020). Zu den intermediären Angeboten zählen auch die psychiatrisch-psychotherapeutische Tageskliniken. Dabei setzt sich das Behandlungsangebot in den Tageskliniken aus verschiedenen Elementen zusammen. Ein wichtiger Stellenwert nimmt die psychotherapeutische Behandlung ein. Zwischen den Tageskliniken unterscheidet sich das Angebot verschiedener Psychotherapieansätze. Unter anderem werden auch schematherapeutische Behandlungskonzepte integriert. Schematherapie ist eine integrative Psychotherapieform, welche von Jeffrey E. Young (1990) entwickelt wurde. Die relativ junge Schematherapie hat sich in den letzten Jahren stark verbreitet (Roediger, 2018; Young, Klosko & Weishaar, 2008). Dadurch hat auch die Forschung in diesem Bereich zugenommen. Verschiedene Studien konnten die Wirksamkeit der Schematherapie aufzeigen (Masley, Gillandres, Simpson & Taylor, 2011; Taylor, Bee & Haddock, 2017). Allerdings wurden diese Untersuchungen vor allem im ambulanten oder stationären Setting durchgeführt. Nur wenige Studien haben Schematherapie im tagesklinischen Setting untersucht. Aufgrund dessen wird sich die vorliegende Masterarbeit mit der Schematherapie im psychiatrisch-therapeutischen Tageskliniksetting befassen. Aus Patientensicht sollen Veränderungsprozesse aufgrund der Schematherapie exploriert werden. Dabei soll zusätzlich identifiziert werden, welche Faktoren der Schematherapie in der Tagesklinik sich als nützlich oder hinderlich auf die Behandlung auswirken. Somit ist das Ziel der Arbeit einen Beitrag zu leisten, die Bedeutung schematherapeutischer Interventionen im tagesklinischen Setting aufzuzeigen. Im Folgenden wird die Institution vorgestellt, in der die Untersuchungen der vorliegenden Arbeit durchgeführt wird.

## 1.2 Beschreibung der Institution

Zur Beschreibung der Institution bezieht sich die Autorin auf die Literatur von Aligwekwe (2019), in der das Konzept der Tagesklinik beschrieben wird. Die Tagesklinik für Erwachsene des Psychiatriezentrums Oberwallis (PZO) in Brig ist eine

allgemeinpsychiatrisch-psychotherapeutische Einrichtung, die einen wesentlichen Bestandteil des psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsangebots in der Grundversorgungsregion Oberwallis bildet. Das Konzept ist auf 16 Patientinnen und Patienten ausgelegt und richtet sich an alle Erwachsenen zwischen 18-65 Jahre, für die eine ambulante Therapie nicht ausreicht und die eine vollstationäre Behandlung nicht oder nicht mehr benötigen.

Die konzeptionelle Ausrichtung des teilstationären Settings richtet sich nach den Erkenntnissen der modernen Psychiatrie und Psychotherapie und orientiert sich an den Rahmenbedingungen der SGPPT (Schweizerische Gesellschaft für psychiatrische und psychotherapeutische Tageskliniken). Dabei wird mit dem interdisziplinären und multimodalen Behandlungsansatz das Ziel der Heilung oder Linderung von Symptomen, sowie die Stärkung der Ressourcen verfolgt. Eingebettet in ein psycho- und milieutherapeutisches Grundkonzept werden folgende Schwerpunkte gesetzt: Abklärungsgespräche/Befunderhebung inkl. Indikationsstellung, Diagnostik, Psychopharmakotherapie, verschiedene Gruppentherapien, Einzel- und Systemsitzungen und milieutherapeutische Gruppenprogramme. Die Patienten und Patientinnen nehmen während fünf Tagen in der Woche am Behandlungsprogramm der Tagesklinik teil. Dabei werden entsprechend der psychischen Erkrankungen und der Therapieziele die Patientinnen und Patienten den verschiedenen Therapiemodulen zugeteilt. Die Therapiemodule sind aufeinander abgestimmt und beinhalten u. a. psychoedukative Gruppentherapie Depression, psychoedukative Gruppentherapie Angst, Entspannungstherapie, Bildnerisches Gestalten, Emotionsregulationstraining, Sozialkompetenztraining usw. Ein weiterer wichtiger Therapiebaustein, welcher im Therapieangebot implementiert ist, sind schematherapeutische Interventionen. Dabei handelt es sich um die psychoedukative Schematherapiegruppe und eine weitere Schematherapiegruppe, welche mit der psychotherapeutischen Technik des Stuhldialogs arbeitet. Diese werden im Kapitel 2.2.5 ausführlicher erläutert. Die Untersuchungen der vorliegenden Arbeit wird der Fokus auf diese zwei schematherapeutischen Therapiegruppen gelegt.

### **1.3 Aufbau der Arbeit**

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine qualitative Forschungsarbeit. Im Kapitel 2 wird die theoretische Grundlage erarbeitet. Hierbei liegt der Fokus zum einen auf der Theorie des tagesklinischen Settings. Zum anderen wird ein weiterer Schwerpunkt auf

den psychotherapeutischen Ansatz der Schematherapie gelegt. Im Methodenteil (Kapitel 3) werden das Studiendesign, ethische Überlegungen, qualitative Gütekriterien, die Stichprobe, die Datenerhebung und die Datenauswertung beschrieben. Im darauffolgenden Kapitel 3 werden anhand der qualitativen Inhaltsanalyse die ermittelten Ergebnisse dargestellt. Der letzte Teil (Kapitel 4) widmet sich der Diskussion, bei der die Ergebnisse nochmals zusammengefasst werden und anschliessend anhand der theoretischen Grundlagen interpretiert werden. Nach einem kritischen Blick auf das methodische Vorgehen schliesst die Arbeit mit einem Fazit und Ausblick auf weiterführende Forschungsansätze.

## 2 Theorie

### 2.1 Tagesklinik

Nach dem Bundesamt für Gesundheit (BAG, 2016) werden Tageskliniken definiert als Einrichtungen mit therapeutischen Schwerpunkten, in denen sich akut oder subakut psychisch kranke Personen mit ausreichend stabilen sozialem Hintergrund tagsüber und über eine beschränkte Zeitdauer aufhalten. Im tagesklinischen Setting verbringen die Patientinnen und Patienten die Nächte und Wochenenden im gewohnten häuslichen Umfeld. Meist besteht ein fester Wochenplan mit verschiedenen spezifischen Therapieangeboten im Einzel- und Gruppensetting (BAG, 2016). In den nachfolgenden Kapiteln wird der historische Kontext erläutert und auf die Wirksamkeit und die Wirkfaktoren eingegangen sowie die Besonderheiten des tagesklinischen Settings aufgezeigt.

#### 2.1.1 Historische Entwicklung der Tagesklinik

Dzagharov, Chefarzt an einer psychiatrischen Klinik in Moskau, eröffnete 1932 erstmals ein *teilstationäres Anstalt für Psychosekranken* (Eikermann, 2010; Hopf, 2019; Schultz-Venrath, 2011). Kurz darauf wurde 1946 in Montreal von Ewen Cameron am Alan Memorial Institute ein *day hospital* eröffnet. Cameron war überzeugt davon, dass teilstationäre Behandlung das Stigma psychischer Krankheiten verhindern und Abhängigkeiten vom Krankenhaus vermieden werden können (Eikermann, 2010). Darüber hinaus spielten in den Nachkriegsjahren des Zweiten Weltkrieges auch ökonomische Gründe eine Rolle (Schultz-Venrath, 2011). Auch Joshua Bierer, ein nach England emigrierter österreichisch-ungarischer Arzt, gründete Ende der dreissiger Jahre eine Tagesklinik. In seinem Buch «The Day Hospital» von 1951 gibt er experimentelle Erfahrungen der

Tagesklinik wieder und hält fest, dass in der Tagesklinik eine somatisch-biologische und eine psychotherapeutische Behandlung erfolge, wie in der stationären Klinik. Die Patientinnen und Patienten in der Tagesklinik können aber abends nach Hause gehen (Eikelmann, 2010; Hopf, 2019; Schultz-Venrath, 2011).

Während in den 60er Jahren in England bereits 35 000 Patientinnen und Patienten in Tageskliniken behandelt wurden, wurde im deutschsprachigen Raum erst 1959 die erste tagesklinische Behandlung in Frankfurt als Teil eines sozialpsychiatrischen Versorgungssystems aufgenommen (Schultz-Venrath, 2011). Darauf folgten 1965 die Tagesklinik der Rheinischen Klinik Bonn, 1966 die Tagesklinik des Psychiatrischen Krankenhauses Winnenden, dann 1967 die Rheinische Klinik Düsseldorf und die Universitätsklinik Heidelberg (Eikelmann, 2010; Schultz-Venrath, 2011).

Für das Schweizerische Krankenhausinstitut erarbeitete Uchtenhagen (1974) eine Übersicht der psychiatrischen Institutionen, in der er auch über Tageskliniken berichtete. Darin werden fünf Tageskliniken im Rahmen eines psychiatrischen Krankenhauses festgehalten. Neben dieser Übersicht konnte die Autorin kaum Literatur zur Entwicklung tagesklinischer Behandlungsangebote in der Schweiz ausfindig machen, was auch Stahl (1999) und Weiss (2015) vermerkten. In der Schweiz werden Tageskliniken, Ambulatorien und aufsuchende Angebote unter «intermediäre Angebotsstrukturen» zusammengefasst. Zu diesem bestehenden Angebotsstrukturen sind keine aktuellen Übersichten verfügbar (BAG, 2016).

### **2.1.2 Wirksamkeit und Wirkfaktoren tagesklinischer Behandlung**

Bereits Cameron beschrieb 1947, dass im ersten Jahr der Tagesklinik des Allan Memorial Institute of Psychiatry die meisten behandelten Patientinnen und Patienten (164 von 219 Patienten) wieder nach Hause entlassen werden konnten. Nur bei 34 Personen von 219 Patientinnen und Patienten war eine Verlegung in die stationäre Behandlung erforderlich. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 5 Wochen.

Im deutschsprachigen Raum führten Guy, Gross, Hogarty und Dennis (1969) eine erste kontrollierte Evaluation der Effektivität einer tagesklinischen Behandlung, welche eine rasche und wirksame Behandlung nachweist (Guy et al., 1969). Metaanalysen von Gerlinghoff, Bachmund und Franzen (1997) und Zeeck et al. (2002) kamen zu ähnlichen Ergebnissen bezüglich der Wirksamkeit von Tageskliniken.

Im Blick auf die spezifischen Wirkfaktoren tagesklinischer Behandlung lassen sich nur wenige Studien finden, wie auch Weiss (2015) und Schultz-Venrath (2011) festgestellt haben. Darum wird im Folgenden hauptsächlich auf die Ergebnisse der viel zitierten qualitativen Untersuchung von Hoge, Farrell, Munchel und Strauss (1988) eingegangen, welche systematisch 14 Wirkfaktoren der tagesklinischen Behandlung ausgearbeitet haben. Die Studie von Hoge et al. (1988) zeigen, dass aus Patientensicht folgende Wirkfaktoren am meisten genannt wurden: Struktur (Routine, Anleitung, Aktivität und Ziele), zwischenmenschlicher Kontakt (Akzeptanz, Dazugehören, Gemeinschaft, Beteiligung und Unterstützung) und Medikation. Die weiteren Wirkfaktoren sind in der Tabelle 1 aufgelistet.

Tabelle 1

*Wirkfaktoren tagesklinischer Behandlung nach Hoge et al. (1988)*

Struktur	95%
Zwischenmenschlicher Kontakt	95%
Medikation	85%
Altruismus	55%
Katharsis	40%
Lernerfahrung	40%
Mobilisierung familiärer Unterstützung	40%
Verbindung zu Gemeinde	40%
Universalität des Leidens	35%
Autonomie des Patienten/der Patientin	30%
Sicherheit	25%
Erfolgreiche Beendigung der Behandlung	25%
Rückmeldung über Verhalten	20%
Ausprobieren neu erlernter Verhaltensweisen im häuslichen Umfeld	15%

*Anmerkung.* Die Prozentangaben entsprechen der Häufigkeit der Nennung von Wirkfaktoren tagesklinischer Behandlung in der Untersuchung von Hoge et al. (1988).

Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass die tagesklinische Behandlung aus Sicht der Patientinnen und Patienten auf unterschiedlichen Ebenen wirksam ist (Hoge et al., 1988). Auch Kallert und Schützwohl (2002) zeigten ähnliche Ergebnisse in ihrer Metaanalyse zu Wirkfaktoren der tagesklinischen Behandlung. Sie zeigten auf, dass Patientinnen und Patienten hauptsächlich die Tagesstruktur und die interpersonalen Kontakte schätzten. Auch die Medikation, die psychoedukativen und verhaltensmodifizierenden Interventionen, der

Einbezug des familiären Systems, die Verbindung zur Gemeinde und die Autonomieförderung von Patienten und Patientinnen wurden als bedeutend identifiziert (Kallert & Schützwahl, 2002).

Ähnliche Ergebnisse resultieren aus der Studie von Mörtl und Wietersheim (2008), die acht helfende Faktoren tagesklinischer Behandlungen identifizierte: Gruppenfaktoren, Handlungsfaktoren, Transferfaktoren, Reflexionsfaktoren, therapeutische Beziehung, Rahmenbedingungen, Gefühl von Sicherheit, Motivation durch Erfolg. Die Autoren weisen darauf hin, dass die Ergebnisse denen der Studie von Hoge et al. (1988) ähnlich sind.

In der Dissertation von Knab (2007) wurden in einer qualitativen Untersuchung Wirkfaktoren einer psychosomatischen Tagesklinik ausgearbeitet. Die Ergebnisse zeigten ebenfalls ähnliche Ergebnisse: Die Struktur des teilstationären Zeitkonzepts scheint für die Patientinnen und Patienten wichtig zu sein, weil dadurch die Konfrontation mit alltäglichen Problemen ermöglicht wird und die therapiefreien Abende und Wochenenden zur Übung von Erlerntem genutzt werden können. Weitere Wirkfaktoren sind die erworbenen Fertigkeiten, die Gruppentherapie, die Atmosphäre und die Räumlichkeiten der Tagesklinik (Knab, 2007). Im folgenden Kapitel wird vereinzelt auf die Wirkfaktoren eingegangen, indem die Besonderheiten des tagesklinischen Settings beschrieben wird.

### **2.1.3 Besonderheiten des tagesklinischen Settings**

Eine Besonderheit des tagesklinischen Settings ist die Struktur des teilstationären Zeitkonzepts, welches ungefähr einem normalen Arbeitstag entspricht. Das kann im Vergleich zum stationären Setting zu einer Minimierung von Stigmatisierung und weniger belastenden Fragen aus dem sozialen Umfeld führen (Allen, 1981; Eikermann, 2010). Durch das tagesklinische Setting entstehen zwei verschiedenen Räume, in denen sich die Patienten und Patientinnen bewegen: der Klinikraum (Therapieraum) sowie der Raum Draussen (Alltagsraum) (Mörtl et al., 2008). Die Anforderung des Austauschs dieser Räume kann genutzt werden, um reale Lebenssituationen in der Behandlung aufzunehmen und therapeutisch zu integrieren (Eikermann, 2010; Zeeck et al., 2002). Konkret kann dies bedeuten, dass die Patientinnen und Patienten einerseits von dem Schutz und der Struktur der Tagesklinik profitieren können und andererseits gefordert sind, Zeiten ohne professionelle Ansprechpartner zu überbrücken, sich immer wieder den Ansprüchen der Aussenwelt zu stellen, jeden Tag aus eigenem Antrieb in die Tagesklinik zu kommen und die Erfahrungen aus der Therapie im Alltag zu integrieren. Das fördert einen höheren Grad an Selbständigkeit

als bei einer stationären Therapie (Zeeck et al., 2002) und kann dadurch das Risiko der Regression und Abhängigkeit der Klinik minimieren (Eikelmann, 2010; Schultz-Venrath, 2011; Zeeck et al., 2002). Das kann aber auch zu Gefühlen von Überforderung führen (Hoge et al., 1988). Eine weitere Herausforderung für die Patientinnen und Patienten sind zudem die begrenzten Rückzugsmöglichkeiten. Beispielsweise bietet das tagesklinische Setting keine eigenen Zimmer, wodurch ein intensiver Gruppenprozess entsteht. Das kann bei einigen Patientinnen und Patienten soziale Ängste und interaktionelle Schwierigkeiten hervorrufen (Zeeck et al., 2002). Die Gruppenprozesse werden von den Patientinnen und Patienten aber auch als wichtiges Unterstützungspotenzial wahrgenommen (Mörzl et al., 2008). Im Kapitel 2.1.2 wird näher darauf eingegangen.

Ein weiteres Merkmal der Tagesklinik ist das multiprofessionell zusammengesetzte Team. Meistens besteht das Behandlungsteam aus Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachpersonen, Psychologinnen und Psychologen, Ergo- und Kunsttherapeutinnen und -therapeuten, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern sowie Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen (Bag, 2016). Schultz-Venrath (2011) weist darauf hin, dass tagesklinische Teams eine klare, kompetenzbezogene Verteilung der Aufgaben und dennoch eine flache hierarchische Struktur aufweisen. Dabei garantiert das Bezugstherapeuten-Konzept, dass jede Patientin und jeder Patient eine Psychologin oder einen Psychologen oder eine Ärztin oder einen Arzt, sowie ein weiteres Teammitglied als Ansprechpartner hat.

Trotz der gegebenen Strukturen des tagesklinischen Settings liegen dem Behandlungssetting und der organisatorischen Struktur in Tageskliniken keine einheitliche Form zugrunde (Schultz-Venrath, 2011; Hopf, 2019; Zeeck et al., 2002). Auch das Angebot verschiedener Psychotherapien in Tageskliniken ist vielfältig und reicht von tiefenpsychologisch-analytischen oder verhaltenstherapeutischen Modellen bis hin zu integrativ-systemisch-humanistischen Konzepten (Schultz-Venrath, 2011).

Weil in dieser Arbeit der Fokus auf psychotherapeutischen Interventionen der Schematherapie liegt, wird im nächsten Kapitel vertieft auf die Theorie der Schematherapie eingegangen.

## **2.2 Schematherapie**

Die Schematherapie wurde von Jeffrey E. Young (1990) entwickelt, mit dem Ziel, die Behandlung von Patienten und Patientinnen mit Persönlichkeitsstörungen zu verbessern (Roediger, 2018; Young, Klosko & Weishaar, 2008). Mittlerweile wurde die Schematherapie

weiterentwickelt und auf die Behandlung verschiedener Störungsbilder übertragen (Masley et al., 2011; Taylor et al., 2017). Beim Behandlungsansatz der Schematherapie handelt es sich um ein integratives Modell, welches sich aus der kognitiven Verhaltenstherapie weiterentwickelt hat. In den integrativen Behandlungsansatz werden psychodynamische Verfahren und Erkenntnisse aus der Neurobiologie und der Lerntheorie, wie auch kognitive und achtsamkeitsbasierte Techniken, Ansätze der Transaktionsanalyse (Modusarbeit), der Gestalttherapie (Stuhldialog und Imaginationenübungen) und anderen emotionsfokussierten Methoden integriert (Jacob & Arntz, 2011; Roediger, 2018; Young et al., 2008). Im Folgenden wird auf die (maladaptiven) Schemata, das Modusmodell, die Bewältigungsmodi und den aktuellen Forschungsstand eingegangen.

### **2.2.1 Schemabegriff**

Das Wort Schema stammt aus dem Griechischen (gr. σχήμα) und bedeutet Gestalt, Form, Haltung (Dorsch, 2020). Der Begriff wird in vielen Bereichen der Wissenschaft verwendet (u. a. Philosophie, Mathematik, Erziehungswissenschaften, Literaturanalyse und Informatik). Auch in der Psychologie ist der Schemabegriff verbreitet (Young et al., 2008). Am häufigsten wird er mit Piaget in Verbindung gebracht, welcher sich über die Rolle von Schemata in verschiedenen Phasen der kognitiven Entwicklung des Kindes geäußert hat (Piaget, 1976). In der Kognitionspsychologie wird ein Schema als ein abstrakter kognitiver Plan verstanden, der als Leitfaden der Deutung von Informationen und zur Problemlösung dient. Beispielsweise entwickeln wir ein linguistisches Schema, um einen Satz zu verstehen oder ein kulturelles Schema, um einen Mythos zu interpretieren (Young et al., 2008).

Allgemein kann der Schemabegriff im Kontext der Psychologie und Psychotherapie als jedes allgemeine organisierende Prinzip bezeichnet werden, das Menschen hilft, zu verstehen, was in ihrem Leben geschieht (Young et al., 2008). Dieser allgemeinen Definition zufolge kann ein Schema positiv oder negativ sowie funktional oder dysfunktional sein (Young, et al., 2008). Im nächsten Kapitel wird der Begriff Schema in die Schematherapie eingeordnet.

### **2.2.2 Maladaptive Schemata**

In der Schematherapie sind Schemata definiert als beeinflussende Lebensthemen, bestehend aus Kognitionen, aber auch Emotionen, Erinnerungen und Wahrnehmungen (Jacob & Arntz, 2011; Roediger, 2018; Young et al., 2008). Schemata können also als komplexe Erlebnismuster auf kognitiv-emotional-vegetativer Ebene verstanden werden



(Roediger & Valente, 2020). Wie bereits erwähnt, wurde die Schematherapie ursprünglich für die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen entwickelt, u. a. mit dem Ziel, deren Psychopathologie zu erklären. Aufgrund dessen befasst sich die Schematherapie nicht mit funktionalen Schemata, sondern mit dysfunktionalen Schemata (Roediger & Valente, 2020). Young et al. nennt diese *frühe maladaptive Schemata* und definiert sie wie folgt (2008):

Bei einem frühen maladaptiven Schema handelt es sich um ein weitgestecktes, umfassendes Thema oder Muster, das aus Erinnerungen, Emotionen, Kognitionen und Körperempfindungen besteht, die sich auf den Betreffenden selbst und seine Kontakte zu anderen Menschen beziehen. Ein Muster das in der Kindheit oder Adoleszenz entstanden ist, im Laufe des weiteren Lebens stärker ausgeprägt wurde und stark dysfunktional ist. (S. 36)

Diese Definition deutet bereits an, dass Schemata in der Kindheit ihren Ursprung haben. Typischerweise liegt die Ursache in schwierigen oder traumatischen Kindheitserlebnissen, in denen zentrale kindliche Bedürfnisse nicht oder nicht ausreichend erfüllt wurden (Roediger & Valente, 2020; Young et al., 2008).

Young et al., (2008) postulieren folgende fünf zentrale emotionale menschliche Grundbedürfnisse:

1. Sichere Bindung zu anderen Menschen
2. Autonomie, Kompetenz und Identitätsgefühl
3. Freiheit, berechnete Bedürfnisse und Emotionen auszudrücken
4. Spontaneität und Spiel
5. Realistische Grenzen setzen und selbst die Kontrolle innehaben

Dieses Modell beschreibt emotionale Grundbedürfnisse aus der Perspektive des Kindes. Zur Einordnung soll hier aufgezeigt werden, dass im Unterschied dazu im deutschsprachigen Raum v. a. das Modell von Klaus Grawe (1998) verwendet wird, welches die emotionalen Grundbedürfnisse (Bindung, Kontrolle und Orientierung, Selbstwerterhöhung und Lustgewinn und Unlustvermeidung) aus erwachsener Sicht beschreibt (Roediger & Valente, 2020). Im Weiteren behandeln wir die Schematherapie unter Einbezug der Grundbedürfnisse von Young et al. (2008).

Die Schemata, welche sich nun auf Grund nicht erfüllter Grundbedürfnisse in den frühen Lebensjahren entwickelten, werden im Erwachsenenalter immer wieder aktiviert und

können sich auf alle Aspekte des Lebens ausbreiten, wie beispielsweise die Beziehung, die Gesundheit, das Selbstgefühl, den Beruf oder die Stimmung (Young et al., 2008). Aufgrund klinischer Beobachtungen und Erfahrungen definiert Young et al. (2008) 18 Schemata, die sich in fünf *Schemadomänen* einteilen lassen. Die Schemadomänen können wiederum den fünf Grundbedürfnissen zugeordnet werden. Dabei muss angemerkt werden, dass es sich hier um keine empirische Herleitung handelt, sondern diese nur als Hypothesen angenommen werden können (Rafaeli, Bernstein & Young, 2011).

Nachfolgend werden die fünf Schemadomänen und die ihnen untergeordneten 18 Schemata beschrieben (Jacob & Arntz, 2011; Roediger, 2018; Roediger & Jacob, 2011; Roediger & Valente, 2020; Young, et al., 2008; Young & Klosko, 2006).

***Domäne I: Abgetrenntheit/Ablehnung.*** Schemata dieser Domäne entstehen durch Nicht-Erfüllung des Bindungsbedürfnisses. Dies zeigt sich in der Schwierigkeit, befriedigende Bindungen zu anderen Menschen aufzubauen aufgrund der Annahme, dass eigene Bedürfnisse nach Sicherheit, Stabilität, nähere Zuwendung, Liebe und Zugehörigkeit nicht erfüllt werden können. Die Ursprungsfamilie ist häufig geprägt von Instabilität, emotionaler Kälte und Distanz, Isolation und neigt zu missbräuchlichem Verhalten.

*1. Schema: Emotionale Verlassenheit/Instabilität.* Das Schema Emotionale Verlassenheit/Instabilität ist von der Überzeugung geprägt, dass wichtige Bezugspersonen nicht mehr zuverlässig da sein und sie verlassen werden.

*2. Schema: Misstrauen/Missbrauch.* Beim Schema Misstrauen/Missbrauch manifestiert sich die Erwartung, dass andere Menschen sie betrügen, anlügen, manipulieren, ausnutzen, demütigen, körperliche verletzen oder auf andere Weisen schlecht behandeln.

*3. Schema: Emotionale Entbehrung.* Das Schema emotionale Entbehrung ist mit dem Gefühl verbunden, emotional von anderen trotz deren Anwesenheit nicht das zu bekommen, was sie brauchen. Der Eindruck entsteht, niemandem wirklich nahe zu sein und nicht verstanden zu werden.

*4. Schema: Unzulänglichkeit/Scham.* Das Gefühl wertlos, minderwertig, schlecht, nicht liebenswert oder von Mängeln behaftet zu sein, tritt beim Schema Unzulänglichkeit/Scham auf. Aufgrund dieser wahrgenommenen Mängel entstehen meist Schamgefühle.

5. *Schema: Soziale Isolation/Entfremdung.* Beim Schema Soziale Isolation/Entfremdung fühlen sich betroffene Personen vom Rest der Welt abgeschnitten, anders als andere Menschen und/oder nicht Teil einer Gruppe oder Gemeinschaft.

**Domäne II: Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung.** Das Nicht-Erfüllen des Grundbedürfnisses nach Kontrolle und Sicherheit trägt dazu bei, dass sich Schemata in dieser Domäne entwickeln. Meist kann keine eigene Identität entwickelt und ein eigenes Leben aufgebaut werden. Persönliche Ziele zu setzen und diese umzusetzen, ist mit Schwierigkeiten verbunden.

6. *Schema: Abhängigkeit/Inkompetenz.* Beim Schema Abhängigkeit/Inkompetenz besteht die Überzeugung, dass ohne massive Unterstützung anderer die Erfordernisse des Alltags nicht adäquat bewältigt werden können. Eigenständige Entscheidungen zu treffen, ist meist nicht möglich und ein Gefühl der Hilflosigkeit ist dominierend.

7. *Schema: Anfälligkeit für Schädigung oder Krankheit.* Eine übertriebene Furcht vor Krankheiten oder anderen Katastrophen zeigen sich im Schema Anfälligkeit für Schädigung oder Krankheit.

8. *Schema: Verstrickung/Unentwickeltes Selbst.* Das Schema Verstrickung/Unentwickeltes Selbst ist geprägt von einer übertrieben starken emotionalen Beziehung zu einer oder mehreren Bezugspersonen. Es fehlt an Orientierung und Identitätsgefühl. Das Lebensglück wird oft von anderen abhängig gemacht.

9. *Schema: Versagen.* Das Schema Versagen geht mit der Überzeugung einher, zu versagen, niemals Erfolg zu haben, untalentiert, leistungsunfähig und nicht intelligent zu sein.

**Domäne III: Beeinträchtigung im Umgang mit Grenzen.** Schemata dieser Domäne entstehen, wenn in der Kindheit keine angemessenen Grenzen gesetzt wurden. Meist bestehen Schwierigkeiten, die Rechte anderer zu respektieren, mit anderen zu kooperieren, Verpflichtungen zu erfüllen oder langfristige Ziele zu erreichen. Oft fehlt die Fähigkeit, Impulse zu kontrollieren und das Bedürfnis nach Belohnung zugunsten zukünftiger Vorteile zurückzustellen.

10. *Schema: Anspruchshaltung/Grandiosität.* Beim Schema Anspruchshaltung/Grandiosität besteht die Annahme anderen Menschen überlegen zu sein und besondere Rechte und Privilegien zu haben. Personen mit diesem Schema sind häufig

stark fordernd, streben nach starker Dominanz und verfügen über einen Mangel an Empathie.

*11. Schema: Unzureichende Selbstkontrolle/Selbstdisziplin.* Ein Mangel an Geduld, Disziplin und Durchhaltevermögen sind Merkmale für das Schema Unzureichende Selbstkontrolle/Selbstdisziplin. Ziele werden aufgrund fehlender Selbstkontrolle und Frustrationstoleranz nicht oder nur mit Mühe erreicht.

***Domäne IV: Fremdbezogenheit.*** Bei dieser Schemadomäne besteht ein Nicht-Erfüllen des Grundbedürfnisses, berechnete Bedürfnisse und Emotionen auszudrücken. Interessen und Bedürfnisse anderer sind Richtlinien des eigenen Verhaltens. Der Erfüllung der Bedürfnisse anderer kommt mehr Bedeutung zu als der Erfüllung ihrer eigenen. Dieses Verhalten resultiert aus dem Wunsch bestätigt zu werden, emotionale Verbindungen aufrechtzuerhalten oder Vergeltung zu vermeiden.

*12. Schema: Unterwerfung.* Vom Schema Unterwerfung betroffene Personen nehmen die eigenen Bedürfnisse als weniger wichtig wahr und neigen dazu, eigene Wünsche zu unterdrücken. Häufig besteht ein Zusammenhang mit Angst vor Ablehnung.

*13. Schema: Selbstaufopferung.* Bei dem Schema Selbstaufopferung besteht die Neigung, sich emotional, körperlich oder finanziell zu verausgaben, um andere zufrieden zu stellen oder glücklich zu machen. Selbstfürsorge kann starke Schuldgefühle auslösen.

*14. Streben nach Zustimmung und Anerkennung.* Das Schema Streben nach Zustimmung und Anerkennung zeigt sich in der Bemühung um ständige Anpassung an das Gegenüber. Das geht auf Kosten der Entwicklung eines soliden und echten Selbstgefühls, weil dieses hauptsächlich von den Reaktionen anderer abhängig gemacht wird.

***Domäne V: Übertriebene Wachsamkeit und Gehemmtheit.*** Die Entstehung der Domäne Übertriebene Wachsamkeit und Gehemmtheit kommt zustande, wenn das Grundbedürfnis nach Spontanität und Spiel nicht ausreichend erfüllt wird. Dabei werden meist Gefühle und Impulse unterdrückt. Verinnerlichte Regeln und Erwartungen bezüglich der eigenen Leistung und des eigenen Verhaltens werden oft höher gewertet als persönliches Glück, Selbstaussdruck, Entspannung, enge Beziehungen und die eigene Gesundheit.

*15. Schema: Negativität/Pessimismus.* Personen mit dem Schema Negativität/Pessimismus fokussieren sich stark auf negative Lebensaspekte wie Schmerzen,

Tod, Verlust, Enttäuschungen, Konflikt, Schuld, Groll, Fehler und Versagen. Positive Aspekte werden oft ignoriert.

*16. Schema: Emotionale Gehemmtheit.* Gefühle zu zeigen oder spontanes Handeln lösen bei dem Schema emotionale Gehemmtheit Angst aus und werden vermieden. Damit soll verhindert werden, anderen zu missfallen, Schamgefühle zu erleben oder die Kontrolle über die eigenen Impulse zu verlieren.

*17. Schema: Überhöhte Standards/übertriebene kritische Haltung.* Beim Schema überhöhte Standards/übertriebene kritische Haltung besteht die Grundüberzeugung, sich bemühen zu müssen, sehr hohen verinnerlichten Verhaltens- und Leistungsstandards zu genügen, gewöhnlich um Kritik zu vermeiden. Oft stehen die Betroffenen unter hohem Druck und haben eine kritische Haltung zu sich selbst und anderen gegenüber.

*18. Schema: Strafneigung.* Die Überzeugung, dass Menschen, wenn sie Fehler machen, streng bestraft werden sollen, ist ein Merkmal des Schemas Strafneigung. Es besteht die Tendenz, wütend, intolerant, unerbittlich gegenüber sich selbst und anderen Menschen zu sein, die den eigenen Erwartungen oder Vorstellungen nicht entsprechen. Eigene oder Fehler anderer zu akzeptieren, fällt gewöhnlich schwer.

Die oben genannten Schemata können nach Young et al. (2008) in zwei Gruppen unterteilt werden. Besonders die Schemata der ersten und zweiten Domäne entstehen meist in der frühen Kindheit und werden *unkonditional* genannt, weil sie in der direkten Verbindung mit primären emotionalen Reaktionen auf frühe zwischenmenschliche Beziehungen stehen. Sie sind älter und liegen deshalb tiefer im Persönlichkeitsgerüst (Roediger & Valente, 2020).

Schemata in der vierten oder fünften Domäne werden als sekundäre Reaktionen auf die unkonditionalen Schemata der ersten zwei Domänen verstanden und werden *konditional* genannt. Beispielsweise kann das Schema Unterordnung der Domäne IV in enger Verbindung mit dem Schemata Verlassenheit der Domäne I stehen. Schemata in der dritten Domäne können sowohl konditional als auch unkonditional sein (Roediger & Valente, 2020; Young et al., 2008).

Wie oben beschriebenen Schemata wird deutlich, dass Schemata intensive und schwererträgliche Emotionen erzeugen. Um mit diesen umzugehen, werden schon früh im Leben maladaptive Bewältigungsreaktionen entwickelt. Dabei ist anzumerken, dass diese im Kindesalter nützlich gewesen sind, im Erwachsenenalter aber nicht mehr gleich dienlich

sind. Mit Bewältigungsreaktionen kann ein Schema vermieden, aber nicht geheilt werden (Young et al., 2008). Im folgenden Kapitel wird auf die maladaptiven Bewältigungsreaktionen eingegangen.

### **2.2.3 Maladaptive Bewältigungsstile und Bewältigungsreaktionen**

Alle Organismen reagieren auf drei Arten, wenn sie mit Bedrohungen konfrontiert sind: Kampf, Flucht und Erstarren. In Anlehnung an diese wird in der Schematherapie von drei Schemabewältigungsstilen ausgegangen: *Überkompensation*, *Vermeiden* und *Sich-Fügen* (Young et al., 2008).

Das Sich-Fügen wird mit dem Erstarren gleichgesetzt. Hierbei wird das Schema akzeptiert und als wahr angenommen. Das Verhalten erfolgt im Sinne des Schemas, was zu einer immer wiederkehrenden Bestätigung des Schemas führen kann (Roediger & Valente, 2020; Young et al., 2008).

Beim Bewältigungsstil Vermeidung wird das Leben so gestaltet, dass das Schema nicht aktiviert wird. Dabei werden Gefühle unterdrückt und Schema auslösende Situationen vermieden. Darum entspricht es einer Art Fluchtfunktion. Substanzmissbrauch, soziale Isolation und Überarbeitung sind typische Verhaltensweisen, die bei Menschen mit dem Bewältigungsstil Vermeidung beobachtet werden (Young, et al., 2008).

Die Überkompensation kann dem Kampf zugeordnet werden. Hierbei wird versucht, das Verhalten, das Denken, die Gefühle und die Beziehungen in das Gegenteil zu verändern, als was einem das Schema nahelegt. Oberflächlich wirken Personen in der Überkompensation selbstbewusst, doch unterschwellig spüren die den Druck des Schemas (Roediger & Valente, 2020; Young, et al., 2008).

Besonders bei Persönlichkeitsstörungen kann es zu einem intensiven und raschen Wechsel verschiedener Schemaaktivierungen und/oder deren Bewältigungsreaktionen kommen. Dabei wäre das Betrachten dieser Schema-Bewältigungsreaktionen hilfreich. Das Schemamodell ist jedoch ein komplexes theoretisches Konstrukt mit dem Versuch, beobachtbare Verhaltensweisen zu erklären. Besonders in der Arbeit mit schweren Störungsbildern kommt das Schemamodell an seine Grenzen. Aufgrund dessen wurde das *Modusmodell* entwickelt (Young et al., 2008). Nun wird näher darauf eingegangen.

### **2.2.4 Modusmodell**

Als Modus sind diejenigen Schemaaktivierungen und Bewältigungsreaktionen definiert, welche in einer Person zum aktuellen Zeitpunkt vorherrschen. Anders als die

Schemata, welche als Charakteristika (*traits*) verstanden werden, entsprechen die Modi den momentanen Gefühlszuständen (*states*). Denen können gleichzeitig verschiedene Schemata zugrunde liegen. Die Modi werden in vier Hauptgruppen eingeteilt, welche in den folgenden vier Abschnitten dargestellt werden (Jacob & Arntz, 2011; Roediger, 2018; Roediger & Jacob, 2011; Roediger & Valente, 2020; Young, et al., 2008; Young & Klosko, 2006):

**Kindliche Modi.** In diesem Modus drücken sich starke, primäre Emotionen aus, die beim maladaptiven Kindermodi mit der Nichterfüllung von Bedürfnissen in Verbindung stehen. Das kann sich in drei verschiedenen Modiformen zeigen, welche *verletzbares Kind*, *verärgertes Kind* und *impulsives/undiszipliniertes Kind* genannt werden. Zusätzlich gibt es den Modus des *glücklichen Kindes*, bei dem die zentralen emotionalen Bedürfnisse im Augenblick erfüllt sind.

**Dysfunktionale Elternmodi.** Hier wird zwischen *strafendem Elternteil* und *forderndem Elternteil* differenziert. Typischerweise erscheinen in diesen Modi bewertende, fordernde oder bestrafende innere Stimmen, die das wiederholen, was früher von aussen gesagt wurde.

**Dysfunktionale Bewältigungsmodi.** Modi in dieser Hauptgruppe entsprechen den oben erläuterten Bewältigungsstilen. Young et al. (2008) nennt diese *bereitwillig Sich-Ergebener*, *distanzierter Beschützer* und *Überkompensierender*. Diese Modi versucht, die Spannungen zwischen den Bedürfnissen der kindlichen Modi und den Erwartungen der Elternmodi unbewusst zu reduzieren. Letztendlich bewirken sie aber, dass die Schemata erhalten bleiben, welches bis hin zu klinischen Symptomen führen kann.

**Modus des gesunden Erwachsenen.** In diesem Zustand besteht die Fähigkeit, sich selbst gut und mitfühlend zu behandeln. Dies beinhaltet eine Balance zwischen eigenen Bedürfnissen und Emotionen sowie Werten und Zielen und den Erfordernissen der Umwelt zu finden.

Die verschiedenen Modi stehen in einem dynamischen Verhältnis zueinander. In der untenstehenden Abbildung wird auf vereinfachte Weise dargestellt, wie die Modi zueinanderstehen in Verbindung stehen.

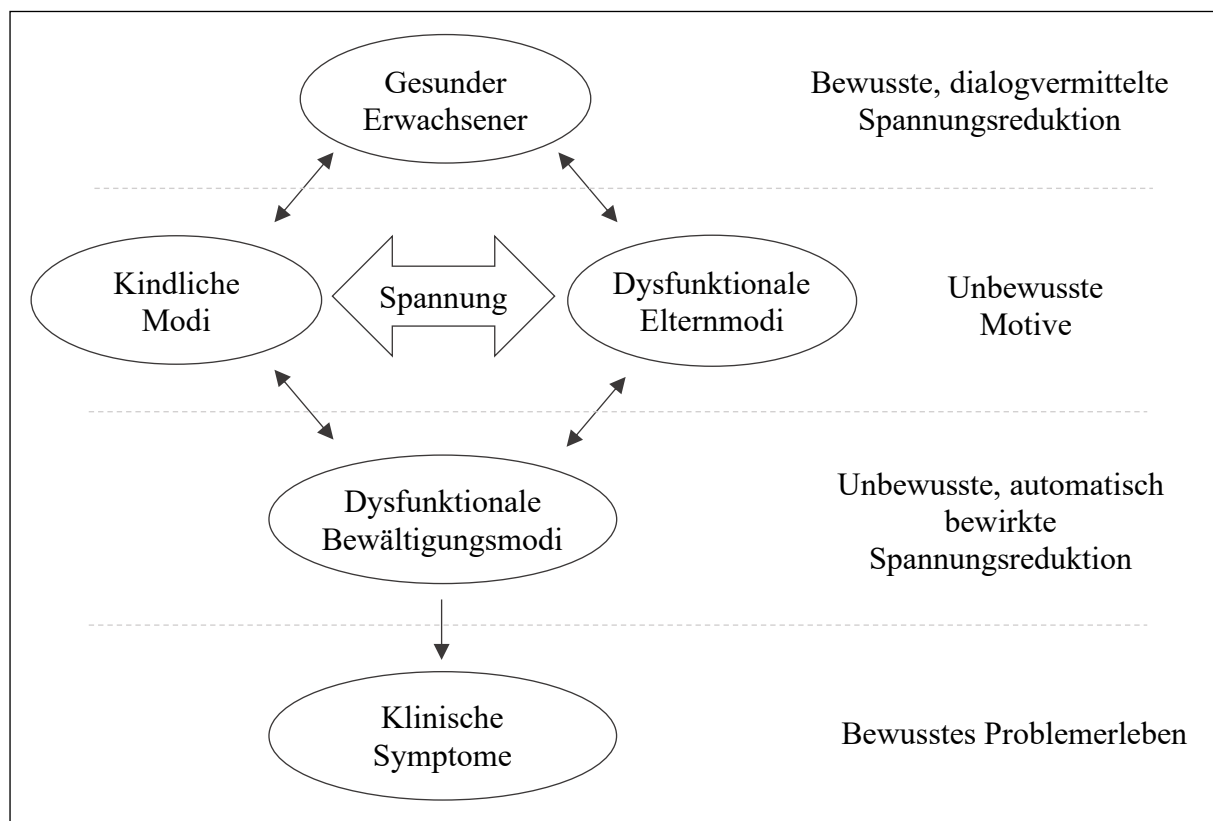


Abbildung 1. Dynamik des Modusmodells in Anlehnung an Roediger (2018)

### 2.2.5 Schematherapeutisches Arbeiten in der Tagesklinik PZO

Der schematherapeutische Behandlungsprozess wird nach Young et al. (2008) in zwei Bereiche eingeteilt. Im ersten Bereich besteht das Ziel, die Schemata zu identifizieren und deren Ursprünge in der Kindheit und der Adoleszenz zu verstehen und Erkenntnis darüber zu gewinnen, wie sie im Erwachsenenalter weiterwirken. Im zweiten Bereich liegt nach Young et al. (2008) der Fokus auf der Veränderung. Dazu kombiniert der Therapeut oder die Therapeutin flexibel kognitive, erlebnisbasierte, verhaltensbezogene sowie interpersonelle Strategien miteinander. Dieser schematherapeutische Behandlungsansatz wird auch in den schematherapeutischen Gruppentherapien der Tagesklinik PZO verfolgt. Im Folgenden wird auf die schematherapeutischen Interventionen der Tagesklinik PZO eingegangen. Für weiterführende Informationen zu weiteren Behandlungsstrategien wird an dieser Stelle u. a. auf folgende Literatur verwiesen: Jacob und Arntz (2011), Roediger und Jacob (2011) und Young et al. (2008).



In der psychoedukativen Schematherapiegruppe setzen sich die Patientinnen und Patienten u. a. mit dem Modus- und Schemamodell auseinander. Mit Hilfe von Fragebögen, spezifischen Aufgabenstellungen und Gruppenarbeiten werden ihre Schemata identifiziert und es wird ein Gespür und Umgang mit ihren Bewältigungsreaktionen und Modi entwickelt. Durch diesen kognitiven Ansatz können schemaerhaltende Kognitionen geschwächt und gesunde Kognitionen gestärkt werden. Neben dem kognitiven Verständnis sollen die maladaptiven Verhaltensweisen bewusst durch neue, adaptive Verhaltensweisen eingeübt und im Alltag umgesetzt werden. Die Patientinnen und Patienten werden dabei vom Behandlungsteam ermutigt und unterstützt.

Weitere Interventionsstrategien der Schematherapie sind die erlebnisbasierten Techniken. Diese helfen den Patientinnen und Patienten Schemata nicht nur auf der kognitiven Ebene zu verstehen und zu verändern, sondern auch auf der emotionalen Ebene (Young et al. 2008). In der Tagesklinik PZO wird zusätzlich zur psychoedukativen Schematherapiegruppe eine Gruppe angeboten, die vor allem mit der erlebnisbasierten schematherapeutischen Technik arbeitet. Einfachheitshalber wird in der vorliegenden Arbeit diese Gruppe «erlebnisbasierte Schematherapiegruppe» genannt. Dabei wird im Gruppensetting ein Stuhldialog durchgeführt, bei dem über zwei Gruppensitzungen jeweils eine Patientin oder ein Patient eine für sie oder ihn herausfordernde Situation darstellt. Nun wird eine kurze Übersicht des Ablaufs der erlebnisbasierten Schematherapiegruppe gegeben, welche in den drei Schritten Verstehen, Versorgen und Verändern stattfindet: In einem ersten Schritt wird versucht, die in der Situation aktivierten Modi (siehe Kapitel 2.2.4) zu verstehen. Dafür werden die verschiedenen Modi auf Stühlen dargestellt, indem Personen (Mitpatientinnen, Mitpatienten und Therapeutenteam) stellvertretend deren Rolle übernehmen und die Dynamik nachspielen. In einem zweiten Schritt wird der gesunde Erwachsenenmodus in die Szene geholt, welcher einen konstruktiven Umgang mit der Situation und den aktivierten Modi einübt. Dies geschieht, in dem er den dysfunktionalen Elternmodi (hier der Innere Kritiker genannt) wegschickt und auf die kindlichen Modi (hier verletztes und wütendes Kind) eingeht und diese versorgt. Im letzten Schritt wird die Szene aufgelöst und aus dem Kollektivwissen der Anwesenden werden Veränderungsmöglichkeiten erarbeitet.

Ein weiterer wichtiger Aspekt der schematherapeutischen Behandlung ist die Beziehungsarbeit zwischen Therapeutin oder Therapeut und Patientin oder Patient. Bei der Schematherapie sind dabei zwei Merkmale besonders wichtig: die therapeutische Haltung

der *empathischen Konfrontation* und die Anwendung der *begrenzten nachträglichen elterlichen Fürsorge*. Bei der empathischen Konfrontation versucht der Therapeut oder die Therapeutin, empathisch auf die Schemata der Patientin oder des Patienten zu reagieren und gleichzeitig auch deren Dysfunktionalität zu spiegeln (Young et al., 2008). Die begrenzte nachträgliche elterliche Fürsorge bedeutet, im Rahmen einer therapeutischen Beziehung der Patientin oder dem Patienten deren Grundbedürfnisse zu befriedigen und angemessene Grenzen zu setzen, die er oder sie in seiner oder ihrer Kindheit gebraucht hätte. In der Tagesklinik PZO wird Wert daraufgelegt, dass das gesamte Team mit diesen Techniken vertraut ist.

### 2.2.6 Forschungsstand

Die zu anderen Therapieformen verhältnismässig junge Schematherapie steht noch in den Anfängen der Forschung (Smesny & Valente, 2016). Die Wirksamkeit ambulanter Schematherapie bei Cluster B- und C-Persönlichkeitsstörungen konnte in verschiedenen Studien nachgewiesen werden (Bamelis, Evers, Spinhoven & Arntz, 2014; Farrell, Shaw & Webber, 2009; Giesen-Bloo et al., 2006; van Vreeswijk, Spinhoven, Zedlitz & Eurelings-Bontekoe, 2020). Die Ergebnisse zeigen sich auch in den Metaanalysen von Jacob und Arntz (2013) und Sempértegui, Karreman, Arntz und Bekker (2013). Eine weitere Studie, die mit älteren Erwachsenen mit Persönlichkeitsstörungen durchgeführt wurde, zeigte hingegen keine bis wenige positive Effekte (Videler et al., 2021). Die Autoren vermuten, dass die älteren Patientinnen und Patienten aufgrund der Kurzzeitintervention zu wenig Zeit zur Adaption hatten.

In den letzten zwei Jahrzehnten wurde die Schematherapie erweitert und auf verschiedene Störungsbilder übertragen. Dazu zeigen erste Studien u. a. eine positive Wirkung der schematherapeutischen Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Essstörungen (George, Thornton, Touyz, Waller & Beumont, 2004; Pugh, 2015; Simpson, Morrow, van Vreeswijk & Reid, 2010), posttraumatischer Belastungsstörungen (Cockram, Drummond & Lee, 2010), Angststörungen (Baljé et al., 2016) und Depression (Carter et al., 2013; Kopf-Beck et al., 2020; Malogiannis et al., 2014; Koppers, Van, Peen, Alberts & Dekker, 2020). Alle Studien, ausser die von George et al., (2004), fanden in einem ambulanten Setting statt, für die der Ansatz ursprünglich entwickelt wurde. Inzwischen liegen auch Adaptionen für den stationären Bereich vor (Roediger, 2018; Smesny & Valente, 2016). Für die stationäre Anwendung lassen sich vor allem Pilotstudien finden (Reiss, Lieb,

Arntz, Shaw & Farrell, 2014; Thiel et al, 2016). Diese zeigen erste Daten über gute Behandlungseffekte durch die Schematherapie im stationären Setting. Diese Ergebnisse entsprechen der quantitativen Studie von Roediger, Dörner & Noyon (2018), welche ebenfalls eine gute Wirksamkeit der Schematherapie im Rahmen einer stationären Behandlung aufzeigt. Hingegen konnten keine systematischen Untersuchungen zur tagesklinischen Anwendung von Schematherapie in einer allgemeinen psychiatrisch-psychotherapeutischen Tagesklinik gefunden werden, wie auch schon Smesny und Valente (2016) feststellten. Ausgehend von diesem Mangel soll Schematherapie im tagesklinischen Setting aus Patientensicht explorativ untersucht werden.

### 2.3 Fragestellung

Die vorliegende Arbeit hat das Ziel, die folgenden Fragestellung zu beantworten, um Erkenntnis über die Wirkung der Schematherapie in einem tagesklinischen Setting zu gewinnen:

*Wie wirken sich aus Patientensicht schematherapeutische Interventionen in einer Tagesklinik auf die Behandlung der Patienten und Patientinnen aus?*

Für weitere Erkenntnisse der Wirksamkeit der Schematherapie in der Tagesklinik wird die Untersuchung mit einer zweiten Fragestellung ergänzt:

*Welche Aspekte der Schematherapie in einem tagesklinischen Setting lassen sich als hinderliche und/oder förderliche Faktoren für die persönlichen Veränderungsprozesse identifizieren?*

## 3 Methode

Im Folgenden wird das methodische Vorgehen der vorliegenden Masterarbeit vorgestellt. Dabei wird die Wahl des Forschungsansatzes beschrieben und begründet. Ethische Überlegungen werden dargelegt. Ein Katalog an Gütekriterien qualitativer Forschung wird vorgestellt und auf die vorliegende Arbeit angewendet. Anschliessend wird die Stichprobe beschrieben sowie der Prozess der Datengewinnung mittels eines halbstrukturierten Interviewleitfadens. Weiter wird die Datenauswertung mittels der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse erläutert. Diese detaillierte Dokumentation des Forschungsprozesses soll der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit dienen.

### 3.1 Forschungsdesign und deren Begründung

Bei der vorliegenden Arbeit wurde ein explorativ-qualitatives Vorgehen durchgeführt. Wie im Kapitel 2.2.6 aufgezeigt, liegt kaum Empirie zu schematherapeutischem Arbeiten in Tageskliniken vor. Deswegen wurde von der Autorin ein qualitatives Forschungsdesign gewählt, welches Gegenstandserkundung und -beschreibung zum Ziel hat (Döring & Bortz, 2016). Weiter wird dadurch möglich, sowohl ein höheres Mass an Flexibilität bei der Datenerhebung zu gewinnen wie auch eine grössere Bandbreite an Antworten zu generieren, ohne dass sie von vordefinierten quantitativen Messgrössen bestimmt werden (Bryman, 2016).

Für einen möglichst tiefen Erkenntnisgewinn war von Interesse, die subjektiven Sichtweisen, Deutungen und Interpretationen von den Patientinnen und Patienten zu erheben (Bogner, Littig & Menz, 2014; Helfferich, 2011) und nach der Bedeutung der zugrundeliegenden Struktur, dem Sinngehalt und dem Kontext von interessierenden Phänomenen zu fragen (Flick, Kardorff & Steinke, 1995).

Um diesen vertieften Einblick in schematherapeutisches Arbeiten im tagesklinischen Setting zu gewinnen, wurden 10 halbstrukturierte Interviews mit Patientinnen und Patienten durchgeführt. Halbstrukturierte Interviews werden durch einen Interviewleitfaden geregelt, welcher dazu beiträgt, dass bei allen interviewten Personen wichtige Themenbereiche durchlaufen werden. Dadurch sind die einzelnen Interviews gut vergleichbar. Halbstrukturierte Interviews bieten zusätzlich die Möglichkeit, Themen mit Adhoc-Fragen zu vertiefen (Flick, 2016; Helfferich, 2011). Aufgrund der Kombination an Offenheit und Struktur wurde das halbstrukturierte Interview für das Vorgehen dieser Masterarbeit als geeignet erachtet.

Für die Datenauswertung wurde die strukturierende qualitative Inhaltsanalyse gewählt. Diese Methode ist eine themenbezogene Auswertung des manifesten Inhalts, bei der bestimmte Aspekte, Themen und Inhalte herausgefiltert und zusammengefasst werden (Mayring, 2016).

Mit der strukturierenden Inhaltsanalyse können die Aussagen von den Patientinnen und Patienten mit Hilfe der erarbeiteten Literatur zusammengefasst und herausgefiltert werden. Für diese thematische Analyse orientierte sich die Autorin am Vorgehen der inhaltlich strukturierenden, qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2016), eine deduktive Methode, welche Inhalte aus dem Material durch theoriegeleitete Kategorien extrahiert.

### **3.2 Ethische Überlegungen**

Forschung im Humanforschungsgesetz (HFG) (2011) wird als „methodengeleitete Suche nach verallgemeinerbaren Erkenntnissen“ definiert (S.1). Diese Masterarbeit entspricht nicht diesem Forschungsbegriff, da der qualitativen Datenerhebung und -auswertung bei einer kleinen Stichprobe von 10 Personen. Zudem unterliegen anonym erhobene und anonymisierte gesundheitsbezogenen Daten nicht in den Geltungsbereich des HFG (HFG, 2011). Bei der Datenerhebung wurde darauf geachtet, dass die Anonymität gewährleistet war. Weiter wurden keine gesundheitsbezogenen Daten erhoben, welche mit den Teilnehmenden in Verbindung gebracht werden konnten. Die ICD-10-Diagnosen wurden in Form einer Auflistung von der Tagesklinik an die Autorin weitergegeben, ohne dass eine Zuordnung zu den Patientinnen und Patienten möglich war. Somit konnte der Patientinnen- und Patientenschutz gewährleistet werden. Die Erfassung dient ausschliesslich dazu, die Heterogenität der Diagnosen aufzeigen zu können. Somit unterliegt die vorliegende Arbeit nicht der Notwendigkeit eines Ethikantrages. Das Vorgehen wurde mit dem Betreuer der Masterarbeit und dem Leiter der Tagesklinik PZO besprochen und von beiden Seiten gutgeheissen.

### **3.3 Gütekriterien qualitativer Forschung**

Die klassischen quantitativen Gütekriterien (Objektivität, Reliabilität, Validität) lassen sich nicht direkt auf die qualitative Methode übertragen (Bogner et al., 2014; Döring & Bortz, 2016; Flick, 2016; Mayring, 2016). Die Autorin orientierte sich an den sechs von Mayring (2016) beschriebenen, übergreifenden Gütekriterien, welche im Folgenden dargelegt und in den Kontext der vorliegenden Arbeit gesetzt werden.

#### **3.3.1 Verfahrensdokumentation**

In der qualitativer Forschung wird das Vorgehen spezifisch für den jeweiligen Untersuchungsgegenstand entwickelt oder differenziert. Die Vorgehensweise muss detailliert dokumentiert werden, um den Forschungsprozess für andere nachvollziehbar werden zu lassen (Mayring, 2016). Die transparente Beschreibung des Erhebungs- und Auswertungsprozesses ist für die intersubjektive Nachvollziehbarkeit in der qualitativen Forschung unerlässlich (Bogner et al., 2014; Döring & Bortz, 2016; Helfferich, 2011; Mayring, 2010, 2016). Bei der vorliegenden Qualifikationsarbeit wurde daher ein hoher Wert auf die transparente Beschreibung des methodischen Vorgehens gelegt.

### **3.3.2 Argumentative Interpretationsabsicherung**

Interpretationen sind in qualitativ orientierten Ansätzen von grosser Bedeutung. Diese müssen argumentativ begründet werden (Mayring 2016). Die Ergebnisse dieser Masterarbeit wurden anhand des aktuellen Forschungsstandes interpretiert.

### **3.3.3 Regelgeleitetheit**

Qualitative Forschung muss sich an vordefinierte Verfahrensregeln halten und systematisch vorgehen (Mayring, 2016). Daher wird das methodische Vorgehen der vorliegenden Arbeit an die inhaltlich strukturierende, qualitative Inhaltsanalyse angepasst.

### **3.3.4 Nähe zum Gegenstand**

Gegenstandsangemessenheit ist ein Leitgedanke der qualitativen interpretativen Forschung, bei der möglichst nahe an der Alltagswelt der beforschten Subjekte angeknüpft wird (Flick et al., 1995; Mayring, 2016). Dies ist bei der vorliegenden Untersuchung gegeben, da die Versuchspersonen nicht an einem klassischen Experiment teilnahmen, sondern die bereits gegebene Alltagswelt der Tagesklinik mit den schematherapeutischen Interventionen aus der Sicht der Patientinnen und Patienten untersucht wird.

### **3.3.5 Kommunikative Validierung**

Um die Gültigkeit zu überprüfen, besteht die Möglichkeit, die Ergebnisse und Interpretationen den Beforschten vorzulegen und diese mit ihnen zu besprechen (Mayring, 2016). Dieses Vorgehen bringt die Gefahr mit sich, dass die Analyse bei der subjektiven Bedeutungsstruktur der Befragten stehen bleibt (Mayring, 2016). In dieser Arbeit wurde auf die kommunikative Validierung verzichtet. Die befragten Patientinnen und Patienten wurden darauf hingewiesen, dass sie sich auch nach dem Interview bei weiteren Gedanken, Anmerkungen oder Revidierungen melden dürfen.

### **3.3.6 Triangulation**

Durch die Verbindung mehrerer Analysegänge wie beispielsweise unterschiedliche Interpretieren, Theorien oder Methoden, kann die Qualität der qualitativen Forschung vergrössert werden (Mayring, 2016). Während des Forschungsprozesses hat die Autorin Rücksprache mit dem Masterarbeitsbetreuer genommen. Zusätzlich stand sie im Austausch mit einer Kommilitonin, die Teile des Materials codierte, um die Anwendbarkeit des Kategoriensystems zu prüfen und eine zweite Sicht hineinzubringen.

### **3.4 Stichprobe**

In diesem Unterkapitel wird auf die Rekrutierung der Stichprobe und die Ein- und Ausschlusskriterien eingegangen. Zusätzlich wird ein Überblick über die teilnehmenden Patientinnen und Patienten gegeben.

#### **3.4.1 Rekrutierung**

Für die Rekrutierung nahm die Autorin Kontakt mit dem Leiter der Tagesklinik für Erwachsene am PZO auf. Diese Tagesklinik wurde aufgrund der schematherapeutischen Interventionen gewählt, welche dort angewendet werden. In Absprache mit dem Leiter und den behandelnden Psychologinnen der Tagesklinik wurden die Patientinnen und Patienten rekrutiert. Dies erfolgte im Zeitraum von Anfang Januar 2022 bis Mitte März 2022. Die Stichprobengrösse wurde auf 10 Personen angesetzt. Im Folgenden werden die festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien dargelegt.

#### **3.4.2 Ein- und Ausschlusskriterien**

In die Stichprobe wurden ausschliesslich Patientinnen und Patienten einbezogen, die ausreichend stabil und kognitiv sowie sprachlich in der Lage sind, an einem halbstrukturierten Interview teilzunehmen. Diese Einschätzungen erfolgten in Absprache mit den behandelnden Psychologinnen. Die Teilnahme an der Untersuchung war freiwillig und schloss alle Patientinnen und Patienten aus, die daran nicht teilnehmen wollten. In der Tagesklinik sind ausschliesslich volljährige Patientinnen und Patienten in Behandlung. Minderjährige Personen wurden folglich automatisch ausgeschlossen.

Die laufende Therapiedauer war ein weiteres Kriterium. Die Patienten und Patientinnen mussten zum Zeitpunkt des Interviews mindestens zwei Drittel der Behandlung an der Tagesklinik abgeschlossen haben, beziehungsweise mindestens acht Gruppensitzungen der psychoedukativen Schematherapie abgeschlossen haben.

#### **3.4.3 Stichprobenszusammensetzung**

Insgesamt wurden 10 Personen interviewt. Die Stichprobe setzt sich aus sieben Frauen und drei Männern zusammen, welche sich zum Zeitpunkt des Interviews zwischen der 8. und 17. Behandlungswoche in der Tagesklinik befanden. Das Durchschnittsalter lag bei 36 Jahren, wobei das niedrigste Alter bei 19 Jahren und das Höchstalter bei 63 Jahren lag. Die Mehrheit wurde mit der Hauptdiagnose einer affektiven Störung diagnostiziert (F33.4, F32.1, F32.1, F32.1, F33.11). Zwei Befragte hatten eine F4-Diagnose der

neurotischen Belastungs- und somatoformen Störungen (F43.1, F41.0). Eine weitere Person wurde mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung diagnostiziert (F60.30) und eine weitere Person hatte als Hauptdiagnose eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0). Wie bereits im Kapitel 3.2 erläutert, soll hier nochmals angemerkt werden, dass die Autorin keine Informationen darüber hat, wer welche Diagnose hat. In der folgenden Tabelle sind die oben genannten Angaben der Stichprobe zusammenfassend ersichtlich.

Tabelle 2  
*Stichprobenzusammensetzung*

		Anzahl (n=)	Mittelwert
Geschlecht	männlich	3	
	weiblich	7	
Alter	18-30 Jahre	5	
	31-45 Jahre	2	36 Jahre
	45-65 Jahre	3	
Hauptdiagnose (ICD -10)	Affektive Störung (F3)	6	
	Persönlichkeitsstörung (F6)	1	
	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störung (F4)	2	
	Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90)	1	
Behandlungsdauer	8-10 Wochen	5	
	10-12 Wochen	2	10.6 Wochen
	12-17 Wochen	3	

### 3.5 Datenerhebung

#### 3.5.1 Interviewleitfaden

Die Datenerhebung erfolgte anhand eines halbstrukturieren Leitfadeninterviews. Dazu wurde ein Interviewleitfaden erstellt (siehe Anhang A), welcher dazu diente, die befragten Personen an bestimmte Fragestellungen heranzuführen. Die Entwicklung des Interviewleitfadens erfolgte anhand der erarbeiteten Theorie (siehe Kapitel 2). Ergänzt und



angepasst wurde der Interviewleitfaden mit Hilfe der SPSS-Methode (Helfferrich, 2011). Dadurch ergaben sich neben den Einstiegs- und Abschlussfragen 4 Themenblöcke: psychoedukative Schematherapiegruppe, erlebnisorientierte Schematherapiegruppe, Gruppenerfahrung, Veränderung durch Schematherapie. Insgesamt wurden 17 Fragen erarbeitet, wobei darauf geachtet wurde, dass verschiedene Fragetypen eingebaut wurden. Beispielsweise wurden spezifische Anschlussfragen und Exemplifizierungsfragen eingebaut. Kontrollfragen und zu persönliche Fragen wie beispielsweise über die Diagnose der Patienten und Patientinnen wurden vermieden. Mehrheitlich wurden offene Fragen gestellt, welche freie Rede auslösen und damit einen Einblick in spezifische Relevanzstrukturen der Sichtweise der befragten Person geben soll (Flick, 2016). Bei der Abfolge der Frage wurde darauf geachtet, dass zu Beginn weniger tiefgreifende Fragen gestellt wurden. Im zweiten Teil wurden vermehrt persönliche Fragen gestellt, in der Annahme, dass bereits eine Vertrauensbasis aufgebaut werden konnte und die Bereitschaft zur Beantwortung dieser Fragen möglicherweise grösser ist (Flick, 2016).

Vor den Interviews wurde ein Probeinterview durchgeführt. Dadurch hat sich die Autorin Erfahrungen zur Interviewdurchführung angeeignet und der Interviewleitfaden konnte nochmals überprüft werden. Aufgrund unklarer Formulierungen wurden zwei Fragen nochmals überarbeitet. Zusätzlich wurde die Abfolge einiger Fragen umgestellt, um die Struktur des Interviewleitfadens zu verbessern.

### **3.5.2 Interviewdurchführung**

Die Interviews wurden im Zeitraum zwischen Januar und März 2022 von der Autorin im persönlichen Gespräch durchgeführt und fanden in den Räumlichkeiten der Tagesklinik PZO in Brig statt. Das kürzeste Interview dauerte 25 Minuten und das längste 37 Minuten.

Vor der Interviewdurchführung wurden einleitend der Zweck der Untersuchung und der strukturelle Ablauf des Gespräches erläutert. Allfällige Fragen konnten gestellt werden und wurden von der Autorin beantwortet. Weiter wurden den Teilnehmenden Informationen zur Einwilligung und zum Datenschutz in schriftlicher Form vorgelegt und mündlich besprochen. Dabei wurde um die Erlaubnis zur Gesprächsaufzeichnung auf einem digitalen Tonträger gebeten. Die Aufnahmen wurden mit Hilfe der Sprachaufnahmefunktion eines Mobiltelefons gesichert. Diese Tonbandaufzeichnungen verhelfen zu authentischer und präziser Erfassung des Kommunikationsprozesses. Dadurch können sich die Interviewerin und der Interviewer ganz auf das Gespräch sowie auf Beobachtungen situativer Bedingungen

und nonverbaler Äusserungen konzentrieren (Witzel, 2000). Die Interviewerin informierte die Befragten weiter über die anschliessende Transkription und Inhaltsanalyse der gesammelten Daten. Dabei versicherte sie die vertrauliche Behandlung sämtlicher Antworten und die Gewährleistung der Anonymität. Dazu werden die Aufzeichnungen direkt nach Abgabe der Arbeit gelöscht.

Nachdem die Informationen zur Einwilligung und zum Datenschutz besprochen wurden, mussten die Patientinnen und Patienten für die Teilnahme am Interview eine Einwilligungserklärung (siehe Anhang B) unterschreiben.

### **3.6 Datenaufbereitung und Datenauswertung**

In diesem Kapitel wird erläutert, wie die Verschriftlichung der Interviews vorgenommen wurde und wie bei der Auswertung der Daten vorgegangen wurde.

#### **3.6.1 Transkription**

Für die Verschriftlichung der Interviews wurde die einfache Transkription von Dresing und Pehl (2011) gewählt. Dabei werden Dialekte in die Schriftsprache übersetzt. Sieben der zehn Interviews wurden auf Schweizerdeutsch geführt und folglich ins Hochdeutsche übersetzt. Die Autorin wählte die einfache Transkription, weil bei der anschliessenden Analyse die Priorität auf dem Inhalt der Gespräche liegt. Dieser wird bei der einfachen Transkription ausreichend erfasst. Paraverbale Äusserungen wie Lachen und Husten wurden bei der Transkription berücksichtigt, falls sie einer Aussage eine andere Bedeutung gegeben haben (Dresing & Pehl, 2018).

#### **3.6.2 Inhaltsanalyse**

Für die strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring (2010, 2016) wurde als Vorbereitung für die Auswertung der Ergebnisse eine deduktive Kategorienbildung vorgenommen. Das entwickelte Kategoriensystem erfolgte anhand des Interviewleitfadens, den theoretischen Überlegungen und in Anlehnung an die zu beantwortende Fragestellung (Mayring, 2010). Anschliessend wurden zu den Haupt- und Subkategorien Kodierregeln definiert, damit eine eindeutige Zuordnung zu den Kategorien möglich ist. Zu den Subkategorien wurden Ankerbeispiele gesucht, die prototypisch für die Subkategorie gelten (siehe Anhang C).

Die Analyse wurde mit Hilfe des Computerprogramms MAXQDA2022 durchgeführt. Der Kodierleitfaden wurde mit drei verschiedenen Interviews geprüft, welche

versuchsweise analysiert wurden. Dabei wurde darauf geachtet, ob die Kategorien sinnvoll erstellt wurden und eine eindeutige Zuordnung möglich ist. Mit Hilfe dieses Probedurchlaufs konnte der Kodierleitfaden angepasst und induktiv erweitert werden. In einem weiteren Schritt wurde der Kodierleitfaden von einer Mitstudentin überprüft, indem sie zwei Interviews ausgewertet hat. Keine Änderungen waren nötig. Schliesslich ergaben sich 3 Hauptkategorien und 18 Subkategorien, wie in der Tabelle ersichtlich ist.

Tabelle 3  
*Übersicht der Haupt- und Subkategorien des Kodierleitfadens*

Hauptkategorie 1: Veränderungen	
Unterkategorien	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoffnung auf Veränderung</li> <li>- Behandlungserfolg</li> <li>- Sozialkompetenzen</li> <li>- Neue Lösungsansätze</li> <li>- Emotionsregulation</li> <li>- Selbsterkenntnis</li> <li>- Selbstbewusstsein</li> <li>- Keine Veränderungen oder Verschlechterungen</li> </ul>
Hauptkategorie 2: Unterstützende Faktoren	
Unterkategorien	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gruppenerfahrung</li> <li>- Aufbau, Struktur</li> <li>- Nötige Konfrontation</li> <li>- Schematherapeutische Interventionen</li> <li>- Material</li> <li>- Beziehung zum Therapeutenteam</li> <li>- Schematherapeutisches Wissen</li> </ul>
Hauptkategorie 3: Hinderliche Faktoren	
Unterkategorien	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Negative Gefühle (Angst, Scham, Hemmungen usw.)</li> <li>- Verständnisprobleme</li> <li>- Intensive Gefühle</li> </ul>

## 4 Ergebnisse

In diesem Teil der Arbeit werden die Interviewergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse dargestellt. Dafür werden die Hauptaussagen der einzelnen Kategorien in Unterkapitel zusammengefasst. Zitate und Zitatausschnitte der Patientinnen und Patienten dienen zur Veranschaulichung der Ergebnisse. Hierbei soll darauf hingewiesen werden, dass es sich jeweils um die subjektive Sichtweise und Erfahrung der Patientinnen und Patienten handelt. Die Buchstaben (A-J) verweisen auf die einzelnen interviewten Personen.

### 4.1 Veränderungen durch die Schematherapie

Allen Patientinnen und Patienten konnten durch die Schematherapie positive Veränderungen feststellen. In den folgenden Unterkapitel werden die spezifischen Bereiche dargestellt, in denen die Interviewten Veränderungen wahrgenommen haben.

#### 4.1.1 Hoffnung auf Veränderung und Behandlungserfolg

Bei neun der zehn Befragten wurde deutlich, dass die Schematherapie in ihnen eine Hoffnung geweckt hat, dass Veränderung möglich wird. Dies kam auf unterschiedliche Weise zum Ausdruck. Zwei Patientinnen und ein Patient erwähnten, dass sie die Schematherapie mit anderen Therapieformen vergleichen konnten, welche sie vor dem Aufenthalt in Tagesklinik erfahren haben. Alle drei schätzten für sich die Schematherapie als hilfreicher ein. Das stärkt die Hoffnung auf den Behandlungserfolg.

*„Ich habe vorher einen anderen Therapeuten gehabt und ich hätte gerne einen Therapeuten, der so in der Richtung nachher ambulant weiterfährt. Weil ich wirklich merke, das ist etwas, das hilft. Ich lerne mich besser kennen, weiss, warum ich so reagiere, und kann vielleicht anders handeln.“ (J)*

Drei Personen haben zudem Aussagen darüber getroffen, dass sie auf intuitiver Ebene wahrgenommen haben, dass die schematherapeutischen Interventionen für sie das Richtige sind.

*„Bei der [erlebnisbasierten] Schematherapie [Gruppe], wo ich das zum ersten Mal gesehen habe [...], da habe ich genau gewusst, jetzt, ja, hier bin ich am richtigen Ort, wirklich.“ (J)*

Drei weitere Personen gaben an, dass sie durch die Schematherapie ein wichtiges Fundament für ihre psychische Gesundheit erhalten haben, wobei sie glauben, dass dies Auswirkung auf ihre Zukunft haben wird.

*„Weil das ist ja ein Prozess, der in Gang gesetzt wird [...] mein zukünftiges Leben hat jetzt diesen Baustein der Schematherapie und der hat dann auch Auswirkungen auf meine mentale Gesundheit.“ (B)*

*„Also möglich ist [Veränderung] sicher [...] und ja, ich glaube das hilft schon sehr, die Schematherapie, weil ich das Gefühl habe, das ist ja die Basis von allem nachher.“ (H)*

Vier Befragte berichteten darüber, dass sie positive Veränderungen bei anderen Patientinnen und Patienten wahrgenommen haben, die ihren eigenen Fall in die erlebnisbasierte Schematherapiegruppe einbrachten. Das stärkt das Vertrauen in die schematherapeutische Behandlung.

*„Ich kann einfach genau von einem Patienten sagen, dass die Schematherapie einfach eine enorme Veränderung gebracht hat, weil dadurch hat er sich jetzt geöffnet.“ (G)*

Die Patientinnen und Patienten haben nicht nur Hoffnung auf Veränderung, sondern sieben der befragten Personen haben bereits konkreten Behandlungserfolg durch die Schematherapie erfahren. Diese subjektive Wahrnehmung wird in folgenden drei Beispielen aufgezeigt:

*„Ja, also wenn ich jetzt vergleiche, wie ich gewesen bin und wie ich jetzt bin, ist das schon ein Reiseschritt, muss ich sagen. Darauf bin ich eigentlich stolz, dass das so gekommen ist. Manchmal hat der Kritiker das Gefühl, ich sollte sein, wie vor der Krankheit. Und das ist nicht realistisch.“ (J)*

*„Ich habe vorher eine Zeit lang nicht mehr Zug fahren können. Da habe ich immer den Kritiker in mir gehabt. Du kannst das eh nicht. Du musst in der nächsten Station aussteigen. Und jetzt geht man schon anders hinein [...]. Man nimmt es anders wahr jetzt. Der Kritiker. Der Gesunde. Man kann es besser einordnen.“ (A)*

*„[...] halt wegen meinen Selbstverletzungen, die ich mache. Aber das kommt auch immer weniger und vorher habe ich mich zum Beispiel immer eingeschlossen und mich selber verletzt. Jetzt [...] merke ich, das geht so vier, fünf Sekunden und dann kommt der gesunde Erwachsene und sagt, ‚hey nein, hör auf‘.“ (G)*

#### **4.1.2 Emotionsregulation**

Die Inhaltsanalyse zeigt auf, dass Schematherapie hilft, einen besseren Umgang mit Emotionen zu entwickeln. Neun der befragten Personen nehmen dies so wahr. Fünf Personen berichteten, dass sie ihre Emotionen besser wahrnehmen und einordnen können. Zwei weitere Patientinnen und ein Patient erläuterten, dass sie Zugang zu Emotionen haben, welche sie zuvor nicht mehr spürten.

*„Ja. Also das Benennen tut gut, dass man weiss, was jetzt los ist. Weil ich [bin] häufig [...] unzufrieden gewesen und habe gar nicht gewusst wieso. Und jetzt kann ich sagen, jetzt bin ich im traurigen Kind und darf auch mal traurig sein.“ (F)*

*„Und habe wirklich diese Wut in mir gespürt, obwohl, dass ich ja eine ruhige bin oder fast nie wütend sein kann.“ (C)*

Sieben Personen gaben an, dass sie nicht nur einen besseren Zugang zu ihren Emotionen haben, sondern auch positive Veränderungen im Umgang mit ihnen erlernten.

*„[...] Ich war zuletzt so in einem Teufelskreis, wo ich zuletzt Aggressivität hatte [...] Und das muss ich ehrlich sagen, durch die Schematherapie konnte ich das ändern. Das sagt auch mein Umfeld.“ (I)*

*„Ich war mal zuhause, da ging es mir sehr schlecht. Dann habe ich geweint und dann wusste ich, okay ich bin jetzt im Traurigen-Kind-Modus und bei der Schematherapie, vor allem bei der Versorgung, kommt [...] der gesunde Erwachsene [...] zu den Kindern und sagt, ‚ihr dürft traurig oder wütend sein‘. Die Gefühle sind wichtig, lasst es heraus und so. Und dann war ich zuhause am Weinen und dachte mir dann so: Okay, ich darf weinen. [...]. Und eben dann ging es mir gleich auch schon viel besser. Ich habe dann trotzdem weiter geweint, aber ich dachte mir so für mich, okay, ich darf jetzt weinen.“ (E)*

#### 4.1.3 Neue Lösungsansätze

Neben den positiven Veränderungen der Emotionsregulation nehmen die Befragten eine Erweiterung ihrer Handlungsoptionen in herausfordernden Situationen wahr. Alle Patientinnen und Patienten konnten mehrere Situationen mit neuen Lösungsansätzen beschreiben. Es handelt sich vor allem um herausfordernde Situationen wie beispielsweise am Arbeitsplatz, in Konfliktsituationen mit ihnen nahestehenden Personen, finanzielle Probleme oder Alltagsbewältigung. Hierzu ein Beispiel einer Patientin, die versuchte, in einer herausfordernden Situation dysfunktionalen Stimmen keinen Raum zu geben:

*„Also ich habe zwei, drei Wochen nicht in meinen Briefkasten geschaut und dann habe ich mal geschaut und dann waren da vier Rechnungen, die schon überfällig waren. Und dann kam natürlich der Kritiker. Du bist schlecht, du schaffst es nicht einmal, deinen Briefkasten zu leeren und so weiter. Und dann habe ich mich an die Schematherapie erinnert und dachte mir so: Okay, gesunder Erwachsener, wo bist du?“ (E)*

Zusätzlich zu diesen konkreten Situationen geht aus den Befragungen hervor, dass die Hälfte der Patientinnen und Patienten durch die Schematherapie einen weniger strengen Umgang mit sich selbst haben oder zumindest den Wunsch haben, einen liebevolleren Umgang mit sich zu erlernen.

*„[...] dass ich nicht immer nur denken muss, ich habe nur den Kritiker da. Ich darf auch mal positiv denken, mich trösten und ja, in die Zukunft schauen.“ (C)*

*„Wenn der Antreiber kam, der gesagt hat, du musst wieder mehr machen, [dann] habe ich mir wirklich gesagt, ‚nein stopp, du darfst mal geniessen, einmal gemütlich sein, einmal nicht machen‘. Und gerade so im Umgang mit dem Kritiker hilft mir das extrem.“ (J)*

*„Ja, ich wünsche mir, dass ich mutiger bin, dass ich Rechte habe und dass ich nicht immer schauen muss, dass es allen anderen gut geht, sondern mir selber.“ (B)*

#### 4.1.4 Selbsterkenntnis und Selbstbewusstsein

Die häufigste genannte Veränderung ist die Selbsterkenntnis. Alle Patientinnen und Patienten schätzten die Schematherapie als besonders unterstützend für die Selbsterkenntnis ein. Dabei kommt zum Ausdruck, dass die Schematherapie allen befragten Personen hilft, ihre Probleme sowie ihre Reaktionen auf bestimmte Situationen besser zu verstehen.

*„Wenn ich dann wieder ein Problem habe, dass ich mich dann einfach selber zuordnen kann, in welchem Modus bin ich jetzt, [...] das ist einfach sehr wichtig, um zu verstehen nachher.“ (G)*

*„Für mich ist es, ich lerne mich besser verstehen, wie ich ticke. Vorher habe ich das halt nicht so gewusst. Was ist jetzt das verletzte Kind oder das wütende Kind oder der Kritiker, den man hört. Da konnte ich nicht so genau zuordnen und jetzt kann ich das relativ gut zuordnen, erkennen, was da vielleicht nicht so gut oder optimal ist und nachher dem entgegenwirken.“ (J)*

Sieben Patientinnen und Patienten gaben zudem an, dass sie durch die Schematherapie auch die eigene Lebens- und Krankheitsgeschichte besser verstehen.

*„[Die Schematherapie] hat mir jetzt bei der Auseinandersetzung mit meinem Vater und auch mit meinem eigenen Begreifen meiner Schemen [geholpen], damit ich weiss, wie ich [...] funktioniere.“ (B)*

*„Weil einem dann bewusst wird, wie man eigentlich Jahrzehnte in einem Schema gelebt hat.“ (C)*

*„Man versteht, wieso man in eine Depression reingefallen ist, und geht quasi auch in die Kindheit zurück und [lernt], was man für Schema hat und wie die sich nachher auswirken können [...] und das hilft eigentlich nachher auch im Alltag für eben die Situation und sich zu verstehen.“ (H)*

Zusätzlich gaben sechs Personen an, dass sie sich selbstbewusster fühlen. Tendenziell erleben sie, dass sie weniger vermeidendes Verhalten aufzeigen und sich Problemen besser stellen können. Fünf Personen ergänzten, dass sie vermehrt den Mut haben, für sich und ihre Bedürfnisse einzustehen. Dazu eine Beispielsituation einer Patientin:

*„Es war um Weihnachten als [meine erwachsene Tochter] wieder anfing, alles zu kritisieren [...] dann habe ich sie zum ersten Mal aus meiner Wohnung geworfen. [...] Sonst, wenn ich nicht hier gewesen wäre, hätte ich das, glaube ich, alles erduldet, ertragen. [Die Schematherapie] hat mir einfach Mut gemacht, Zuversicht, Stärke gegeben [...] Ich bin ja meistens das [...] verletzte Kind. Und da habe ich wirklich mal sagen dürfen, jetzt bin ich mal der gesunde Erwachsene.“ (C)*

#### 4.1.5 Sozialkompetenzen

Alle Patientinnen und Patienten berichteten, dass sie auf verschiedene Arten ihre Sozialkompetenzen erweitern konnten. Dazu gehört einerseits der Umgang mit sich selbst, der bereits in den vorhergegangenen Unterkapiteln aufgezeigt wurde. Andererseits zeigte sich die gewonnene Sozialkompetenz auf verschiedene Arten im Umgang mit anderen Menschen. Sechs Personen berichteten, dass sie durch die Schematherapie ein besseres Verständnis für andere Personen gewonnen haben und dadurch empathiefähiger geworden sind.

*„Manchmal habe ich etwas Mühe mit dem Verstehen anderer. Aber ich lerne, dass das dann für [den anderen Patienten] in seinem Kopf so ist [...] da muss man sich manchmal sagen, ‚hey, es geht jetzt nicht um mich‘. [...] Und das berührt einfach immer wieder, wie man sieht, wie andere Menschen denken.“ (G)*

*„Manchmal kann man sich schwer in den anderen hineinversetzen und mit Hilfe des Stuhldialogs kannst du dich ein bisschen besser hineinfühlen.“ (D)*

Weiter berichteten fünf Patientinnen und Patienten, dass sie vor allem in der erlebnisbasierten Schematherapiegruppe lernen, sich gegenüber anderen Menschen zu öffnen und sich in gruppendynamische Prozesse hineinzugeben.

*„Denn die eigene Situation in die [erlebnisbasierte] Schemagruppe zu nehmen, hat mir Selbstbewusstsein gegeben und dann fällt es auch einfacher, mit den Mitpatienten zu reden. Man ist einfach offener.“ (A)*

#### 4.1.6 Keine Veränderung

Die vorigen Kapitel zeigen auf, dass die Mehrheit der Befragten positive Veränderungen wahrgenommen oder zumindest Hoffnung auf Veränderung haben. Dennoch äusserten sieben Personen Zweifel bezüglich der positiven Veränderungen. Besonders in schwierigen Situationen ist es herausfordernd, etwas zu ändern. Sie können nicht auf das erlernte Wissen zurückgreifen oder es hilft ihnen nicht weiter. Ein Patient äusserte sich zudem kritisch, ob ein Behandlungserfolg möglich ist und ob die Schematherapie weiterhelfen kann.

*„Der gesunde Erwachsene fehlt mir ziemlich viel. Es ist einfach nicht einfach, so wie es theoretisch dargestellt ist [...] Mein ganzes Denkmuster geht auf den Kritiker und das wegzubekommen [...] ist sehr schwierig. [...] da bin ich auch ein bisschen hilflos.“ (D)*

*„In der Theorie [...] kann ich das, glaube ich, ziemlich gut, aber nicht im Alltag. Weil in der Theorie ist bald mal klar, was man sagen sollte und was machen und so. Aber bei mir selber nachher ist der gesunde Erwachsene [...] irgendwo weit weg.“ (H)*



*„So [der gesunde Erwachsene] wäre eben zwischendurch da. Nur wenn das Problem extrem da ist, ist einfach keine Ahnung, Klappe zu, Klappe auf. Hallo, ich bin der Kritiker.“ (G)*

## 4.2 Unterstützende Faktoren

In den folgenden Unterkapiteln wird nun dargestellt, welche Faktoren für die oben dargestellten Veränderung hilfreich waren.

### 4.2.1 Schematherapeutisches Wissen und Interventionen

Laut den Befragungen hat bei allen Patientinnen und Patienten schematherapeutisches Wissen zu positiven Veränderungen beigetragen. Dabei wird das Verstehen auf der kognitiven Ebene als hilfreich wahrgenommen, welches vor allem in der psychoedukativen Schematherapiegruppe erarbeitet wurde. Acht der Befragten nahmen die Erkenntnisse über die eigenen Schemata und Bewältigungsstile als hilfreich wahr, sowie die Möglichkeit, Situationen mit Hilfe von Modi zu verstehen.

*„Weil es die Theorie eigentlich schon braucht, dass man das lernt, umzugehen mit dem. Das du eben genau die verschiedenen Schemas und die Modis und das wirklich einmal kennenlernenst. [...] Es regt dich halt an, dass man ein bisschen über die Vergangenheit, in der Kindheit nachdenkt, von wo könnte was kommen.“ (D)*

*„Wenn ich dann wieder ein Problem habe, dass ich einfach die Theorie nehmen kann und mich dann selber verstehen kann. [...]. Ich finde die Theorie einfach sehr wichtig, um zu verstehen nachher.“ (G)*

Spezifisch wurde von einzelnen Befragten von der Wichtigkeit des glücklichen Kindes und des gesunden Erwachsenen berichtet.

*„Der allererste Tag, wo Sie uns gelehrt haben, was der gesunde Erwachsene ist, möchte ich nicht mehr vergessen.“ (A)*

*„Weil was sehr, sehr wichtig ist, ist das glückliche Kind.“ (G)*

*„[...] ich habe manchmal als Wochenziel genommen, bewusst wahrnehmen, wann der gesunde Erwachsene da ist. Manchmal hat man das Gefühl, der ist nie da, aber eigentlich ist der viel da. Das Wissen um ihn hilft mir wirklich extrem.“ (J)*

Neben dem kognitiven Wissen wird auch das Verstehen der Schematherapie auf einer emotionalen Ebene als unterstützend erachtet. Neun der Patientinnen und Patienten berichteten mehrmals von der Wichtigkeit der erlebnisbasierten Schemagruppentherapie mit dem Stuhldialog. Sie erzählten von emotional prägenden Erfahrungen, die sie durch das konkrete Darstellen und Bearbeiten von persönlichen Situationen erlebten. Dabei wurden

besonders das Wahrnehmen, Erleben und Äussern von Gefühlen genannt, sowie die wichtige Erfahrung, die sie bei der Versorgung durch den gesunden Erwachsenen erlebten.

Dazu ein paar Ausschnitte:

*„Ja, was mir kommt, ist einfach, dass diese Gefühle, die man auf dem Stuhl hat, dass die wirklich sich sehr real anfühlen. [...] Man versetzt sich da rein. Und ich find das gut.“ (B)*

*„Ja es ist einfach, auch wenn es nicht mein Fall ist, irgendwie kann man sich bei einem anderen Fall immer hineinversetzen und denken, mir geht es eigentlich gleich. Das wird einfach so präzise und klar dargestellt. Dass es dich fast nicht nicht berühren kann. [...] Es hilft mir Emotionen zu zulassen. Ich kann halt nicht so Emotionen zeigen.“ (F)*

*„Und das ist ja ein ganz anderes Gefühl, als wenn man einfach so redet.“ (H)*

*„Jedes Mal, wenn so eine Versorgung von dem gesunden Erwachsenen kommt, denke ich einfach, hey nimm das für dich. Nimm das für dich. Irgendwie habe einfach gefühlt, das ist genau das, was ich brauche und genau das, was mir hilft.“ (G)*

#### 4.2.2 Nötige Konfrontation

Im vorausgegangenen Kapitel wurde von emotional prägenden Erfahrungen berichtet. Solche Erfahrungen lösten bei allen Patientinnen und Patienten intensive Gefühle aus, mit denen sie sich konfrontiert fühlten.

*„Es ist heftig, es ist intensiv, aber man muss sich darauf einlassen. Und du wirst sehen, es wird dir weiterhelfen.“ (E)*

*„Es ist halt eigentlich sehr, sehr emotional. Eigentlich haben alle vor dem Mittwochnachmittag so ein bisschen Bammel. Und denken, nein, lieber nicht. Und dann nachher sagen alle trotzdem, es ist super gewesen.“ (I)*

Neben der Konfrontation mit intensiven Gefühlen mussten sich die Patientinnen und Patienten in beiden Schematherapiegruppen mit den eigenen Schemata und Themen auseinandersetzen.

*„Ja, herausfordernd war es vielleicht bei den Schemas, wo man auf die Vergangenheit kommt, wo die Eltern Bedürfnisse erfüllt haben. [...] Im Grundsatz willst du die Eltern ja nicht kritisieren oder so. Da muss man halt trotzdem schauen, was könnte da falsch gelaufen sein oder so. [...] Aber mit dem muss man sich halt auseinandersetzen und stellen. Das gehört dazu.“ (J)*

*„Und hilfreich ist eben mit seinen Themen konfrontiert zu werden. Manchmal ist es ein unangenehmes Gefühl, aber irgendwie doch im positiven Bereich.“ (F)*

*„Die ständige Konfrontation eigentlich. Dass man immer wieder mit dem Thema arbeitet und nicht dagegen arbeitet, sondern mit dem, was man hat, arbeitet und auch mit dem Material von anderen. Mit den Aussagen, die man auf sich beziehen kann.“ (E)*

In den Zitaten kommt zum Ausdruck, dass die Patientinnen und Patienten diese Konfrontation als nötige wahrnehmen, damit sie sich auf eine tiefere Verständnisebene einlassen können.

#### 4.2.3 Aufbau, Struktur und Arbeitsmaterial

Die Patientinnen und Patienten haben als hilfreiche Faktoren für das schematherapeutische Verständnis verschiedene Bereiche identifiziert, welche den Aufbau und die Struktur der Schematherapie in der Tagesklinik betreffen. Sechs Patientinnen und Patienten nehmen die Trennung der psychoedukativen und der erlebnisbasierten Schematherapiegruppe als hilfreich wahr. Die Komplementarität der zwei Gruppen fördert nach Angaben der Befragten das Verständnis sowohl auf kognitiver, wie auch auf emotionaler Ebene. Durch die Trennung wird es möglich, auf verschiedenen Ebenen zu arbeiten.

*„Ja, gut. Das eine ist Fühlen und das andere ist mehr oder weniger die Theorie dazu. Und dass das nicht [...] verwaschen wird oder vermischt wird, ist es sehr gut, so ein Baustein nach dem anderen. Weil bei der Theorie hat man wieder was Neues gelernt und ein anderes Mal ist man in der Praxis auf dem Stuhl und dann denkt man, ah ja. Da haben wir jetzt dieses Muster oder so. Methodisch hilft mir das.“ (B)*

Auch die Struktur innerhalb der Gruppen wird von sieben Befragten als unterstützender Faktor für das Verständnis wahrgenommen. Dabei wird von neun Befragten bei der psychoedukativen Schematherapiegruppe vor allem die Abwechslung von Einzelarbeiten, Kleingruppengesprächen und Theorievermittlung durch das Therapeutenteam erwähnt.

*„Also, so wie es von den Therapeuten gemacht worden ist, war sehr hilfreich. Es war immer ein bisschen anders gewesen. Einmal haben wir Gruppenarbeit gemacht, dann wieder Einzelarbeit.“ (A)*

In der erlebnisbasierten Schematherapiegruppe wurde hingegen der klare, gleichbleibende Aufbau als hilfreich wahrgenommen.

*„Was ich sehr gut finde, dass man es ins Verstehen, Versorgen, Verändern unterteilt. Das man die vier Stühle da hat [...]. Ich find das auch unglaublich anschaulich.“ (G)*

Weiter wurde von sieben Befragten die Wichtigkeit der abgegebenen Dossiers erwähnt. Davon hilft es fünf Personen bei Verständnisfragen der Schematherapie. Vier weiteren Personen gibt es Sicherheit, nach den Therapiestunden und auch im Alltag darauf zurückzugreifen zu können.

*„Man hat immer sein Dossier und man hat immer etwas, wenn man auch zuhause ist, wenn man mal irgendwo merkt, spürt, ich bin jetzt auf dem falschen Weg und dann kann man sich nochmal damit hinsetzen.“ (B)*

Weiter bietet das tagesklinische Setting die Möglichkeit, sich auch ausserhalb der Schematherapiegruppen mit den Mitpatientinnen und Mitpatienten auszutauschen. Sieben befragte Personen berichteten davon, dass sie diese Möglichkeit nutzen. Dabei werden Verständnisfragen geklärt, neue Handlungsmöglichkeiten besprochen und Erlebtes nachbesprochen.

*„Die Schematherapie bringt viel, aber auch die Gespräche mit den anderen in der Pause sind sehr wichtig. Ich möchte das nicht missen, weil es gibt immer wieder Tipps. [...] Und dann kann man auch das nächste Mal probieren, das so zu machen, wie der andere.“ (C)*

Das gibt bereits einen Hinweis auf die Bedeutsamkeit der Gruppe. Im nächsten Kapitel wird vertieft darauf eingegangen.

#### **4.2.4 Gruppenerfahrung**

Alle zehn Befragten berichteten von positiven Gruppenerfahrungen in der psychoedukativen Schematherapiegruppe und neun Befragte erlebten diese auch in der erlebnisbasierten Schemagruppentherapie als hilfreich.

*„Ich habe es schon gehört, dass es Patienten auch mit dem Therapeuten zu zweit gemacht haben. Aber ich glaube nicht, dass das die gleiche Wirkung hätte.“ (A)*

*„Ja, auf jeden Fall. Weil jeder Einzelne trägt ja so viel zu der Gruppe bei. Und jeder Einzelne ist so wichtig halt mit den verschiedenen Blickwinkeln auf die Situation und vielen verschiedene Meinungen. Ich find das auch unglaublich aufbauend. Ich denke, wenn man das in der Einzeltherapie machen würde, würde viel Wertvolles verloren gehen.“ (E)*

Alle haben Unterstützung von anderen Mitpatientinnen und Mitpatienten erfahren. Das wurde als unterstützender Faktor identifiziert. Zudem berichteten acht Personen, dass es für sie eine hilfreiche Erfahrung war, anderen helfen zu können. Zusätzlich wurde von allen angegeben, dass sie Lerneffekte durch andere Patientinnen und Patienten erlebt haben. Dabei wurde von sechs befragten Personen u. a. die Abschlussrunde der erlebnisbasierten Schematherapiegruppe erwähnt, bei der sie Rückmeldungen von anderen Patientinnen und Patienten als hilfreich empfanden. Weiter erzählten fünf Personen, dass sie beobachteten, wie andere in gewissen Situationen reagieren und versuchen diese Beobachtungen auf eigene Situationen zu übertragen.

*„Man kann eigentlich von jedem Patienten etwas herausnehmen. Eines oder das andere bleibt hängen.“ (C)*

*„Weil jeder Einzelne trägt ja so viel zu der Gruppe bei. Und jeder Einzelne ist so wichtig. Halt verschiedene Perspektiven zu sehen und viele verschiedene Meinungen zu hören.“ (E)*

*„Und seitdem [er seinen Fall gebracht hat], sehe ich wirklich, wie er sich so positiv verändert hat, obwohl er sich extrem dagegen gewehrt hat und jetzt, ja, ich nehme mir wirklich ein Beispiel an ihm. Also wirklich die Gruppe hilft extrem.“ (G)*

*„Weil ja alle probieren einem zu helfen [...] Und dadurch, dass die Gruppe halt sehr wertschätzend und so ist, ist der Wert nachher auch ziemlich hoch. Weil man sich ja irgendwie aufgehoben fühlt. [...] Ja man merkt einfach, dass man nicht alleine ist, dass die anderen auch überlegen und sich beteiligen an meinen eigenen Problemen und dann umgekehrt auch wieder. [...] ja also ich habe jetzt bei meinem Fall in der Gruppentherapie [...] einen Satz von einer Mitpatientin mit auf den Weg bekommen, welcher jetzt immer noch sehr präsent ist.“ (H)*

Diese Beispiele deuten bereits die Erfahrung von Akzeptanz, Sicherheit und Wohlwollen an. Alle Personen konnten davon berichten, dass sie in der Gruppe eine wohlwollende Gruppendynamik erlebten und sich sicher und akzeptiert fühlten.

*„Ja ich sage, ich hasse es vor Leuten zu reden, weil ich einfach sehr unsicher bin und immer Angst habe, die lachen mich aus. Und ja das ist eigentlich sehr, sehr, sehr schwer gewesen [meinen Fall zu bringen [...]] eigentlich [war es] sehr, ähm, wie soll ich sagen, sehr ähm, ein gutes Gefühl gewesen [...] sehr, sehr wertschätzend. Hier lacht einen niemand aus.“ (H)*

*„Ein Vertrauen, aber auch ein Mitfühlen. Also wenn man weiss, jetzt kommt das Thema und so und das könnte bei dem kritisch werden und ja, dann fiebert man mit dem mit.“ (A)*

*„Aber ich habe das Gefühl, wo kann man es besser machen als hier in dem sicheren Rahmen.“ (J)*

Von allen Personen wurde zudem aufgezeigt, dass sie merkten, dass sie ähnliche Erfahrungen gemacht haben oder in ähnlichen Situationen sind wie ihre Mitpatientinnen und Mitpatienten. Daraus entsteht ein Gefühl von Verbundenheit und ein Gefühl in ihrer Situation nicht alleine zu sein.

*„Genau. Ich habe zwar noch die einen Fall gebracht und trotzdem, man ist ja trotzdem ähnlich, wie die anderen Menschen und dann vergleicht man sich so ein bisschen und dann merkt man schon, das trifft auf mich genauso zu. [...] und, dann bekommt man wieder eine andere Perspektive auf gewisse Sachen, die einen selber im Leben betreffen.“ (E)*

*„Da habe ich gelernt, dass ich manchmal nicht alleine bin, weil manch einer fühlt sich genauso.“ (B)*

*„Es hilft einem einfach. Hey, anderen geht es genau gleich. Du bist nicht alleine mit dem.“  
(G)*

Hingegen wurde von einer Patientin und einem Patienten ausgesagt, dass sie durch den Vergleich mit anderen Personen auch Unterschiede zu ihrer Situation wahrnehmen. Das wurde als entlastet wahrgenommen, weil sie merken, dass es anderen Mitpatienten und Mitpatientinnen schlechter geht als ihnen selber.

*„Manchmal denkt man, zum Glück geht es mir nicht so.“ (F)*

#### **4.2.5 Therapeutische Beziehung**

Die Ergebnisse der Inhaltsanalyse zeigen die Wichtigkeit des therapeutischen Behandlungsteams auf. Alle Patientinnen und Patienten haben positive Erfahrungen mit dem Team der Tagesklinik gemacht. Sechs befragte Personen berichteten, dass sie besonders in der erlebnisbasierten Schematherapiegruppe nicht unter Druck gesetzt worden sind. Unter anderem wurde mehrmals erwähnt, dass ihnen genug Zeit gelassen wird, bis sie aktiv in der Gruppe mitmachen oder ihren eigenen Fall einbringen können.

*„Sie lassen einem sehr viel Zeit, bis man sich eigentlich bereit dazu fühlt, dann selber freiwillig zu melden.“ (A)*

Acht Personen ergänzten dies mit der gegebenen Freiwilligkeit und damit der Eigenverantwortung, die von den Therapeutinnen und Therapeuten gestärkt wird.

*„Das ist ja wirklich jedem seine Sache und da wird man ja hier auch nicht [...] aufgefordert, dass man das machen muss.“ (C)*

*„Wenn das dann länger dauert, dann wird kein Druck gemacht und jeder bei seinem Tempo und jeder bei seiner Befindlichkeit, die er auch selber mitbringt.“ (B)*

Trotz Freiwilligkeit und Eigenverantwortung gaben sieben Patientinnen und Patienten an, von den Therapeutinnen und Therapeuten immer wieder ermutigt zu werden, sich einzubringen. Dazu erhalten sie die nötige Unterstützung. Zwei Patientinnen und ein Patient gaben zudem an, dass sie in der erlebnisbasierten Schematherapie auch herausgefordert wurden. Das hat ihnen geholfen, sich zu öffnen.

*„Ich hatte meine Bezugsperson neben mir gehabt. Mit ihr zusammen bin ich dann hineingegangen [...] ja also ich habe das sehr ersorgt. Aber die hat mir wirklich geholfen.“ (A)*

*„Und der Therapeut hat mich dann noch herausgefordert und gesagt. Jetzt bist du wütend. Und dann habe ich gesagt, ja jetzt bin ich wirklich wütend.“ (C)*

*„[...]da sind Therapeuten und Bezugspersonen da, um einen zu unterstützen.“ (E)*

Alle berichteten, dass sie Vertrauen zu dem Behandlungsteam haben. Dies kommt in unterschiedlichen Formen zum Ausdruck. Fünf Personen berichteten, dass sie das Team als fachlich kompetent wahrnehmen. Weiter erwähnten drei Patientinnen und Patienten, dass sie merken, wie wichtig den Therapeutinnen und Therapeuten die schematherapeutische Behandlung ist und dass sie sich um eine gute Arbeit bemühen. Dadurch fühlen sich die Patientinnen und Patienten ernst genommen. Alle zehn befragten Personen berichteten, dass ihnen eine respektvolle, wohlwollende und empathische Haltung vom Behandlungsteam entgegengebracht wird und dass sie sich sicher fühlen. Dazu zählt die Verfügbarkeit des Teams. Besonders nach den erlebnisbasierten Interventionen besteht das Angebot, auf die Bezugspersonen oder Therapeutinnen und Therapeuten zuzugehen.

*„[Sie sagen] auch immer, wir können beim Büro klopfen kommen und sind da immer für uns da. Das finde ich sehr wichtig.“ (E)*

*„Ich habe mich immer, wie soll ich sagen. Immer wahrgenommen gefühlt oder ernstgenommen gefühlt.“ (F)*

*„Sie machen hier wirklich sehr wertvolle Arbeit aus meiner Sicht. Geben sich alle Mühe und probieren das gut rüberzubringen, zu erklären. Sind sehr [...] empathisch, wertschätzend.“ (G)*

*„Man merkt auch, ich habe das Gefühl, dass [Schematherapie] hier auch ein wichtiges Ding ist, auch bei den Therapeuten, dass das sehr ein wichtiger Teil ist und dass das eben auch so intensiv betreut wird.“ (J)*

*„Das finde ich sehr schön, dass man einfach, dass man immer sagt, Ihr könnt nichts Falsches sagen.“ (I)*

### **4.3 Hinderliche Faktoren**

In diesem Kapitel werden Aspekte der Schematherapie im tagesklinischen Setting dargestellt, welche die Patientinnen und Patienten als herausfordernd oder sogar als hinderlich für ihren Heilungsprozess wahrgenommen haben.

#### **4.3.1 Verständnisfragen**

Für acht befragte Personen war die Komplexität der Schematherapie eine Herausforderung. Sie berichteten, dass sie anfangs Schwierigkeiten hatten mit den verschiedenen Begriffen und deren Zusammenhänge, die sie noch nicht sehen konnten.

*„Das muss ich wirklich sagen. Ich habe am Anfang diese Modis und von dem Schema und das alles war [...] noch Bahnhof. Jetzt versteht man es eigentlich ziemlich gut.“ (E)*

*„Ich glaube, es braucht zwei, drei Mal, bis man es so ein bisschen versteht. Am Anfang [...] versteht man eigentlich sehr wenig und danach, je länger man da ist, umso mehr versteht man.“ (C)*

Für die meisten dauerte es zwei bis drei Wochen, bis sie sich in den Schematherapiegruppen besser zurechtfinden. Zum Zeitpunkt der Befragung haben alle berichtet, dass sie keine Schwierigkeiten mehr haben mit dem Verständnis. Bei einer Patientin kann jedoch aufgrund ihrer Aussagen angenommen werden, dass sie Schwierigkeiten hat, die schematherapeutische Terminologie richtig zu verwenden.

### **4.3.2 Intensive Gefühle und Grenzerfahrungen**

Wie bereits aufgezeigt, löste die erlebnisbasierte Schematherapiegruppe bei den Patientinnen und Patienten intensive Gefühle aus. Fünf Patientinnen und Patienten haben Situationen in der erlebnisbasierten Schematherapiegruppe erfahren, welche sie als Grenzerfahrungen einschätzen. Besonders in Situationen, in denen die Gefühle zu intensiv sind oder Fallbeispiele anderer Personen sie zu stark an ihre eigene Situation erinnern.

*„[Dieser Patient] hatte brutale Aussagen vom Kritiker gehabt, ganz brutale. Und das hat mir weh getan, weil ich vor ein paar Jahren auch noch so einen Kritiker hatte. Und das dann so zu sehen. [...] Das ist schon fast zu viel gewesen.“ (F)*

*„Ja, also es [ist] eine sehr emotionsanregende, intensive [Gruppentherapie]. Ich habe auch vorletztes Mal weinen müssen, weil es ist ein Trigger vorgekommen.“ (I)*

Vier davon fügten dennoch hinzu, dass sie diese Erfahrung nicht missen möchten. Näher wurde im Kapitel 4.2.2 nötige Konfrontation darauf eingegangen.

Im Gegensatz dazu berichtete ein Patient, dass die erlebten Gefühle für ihn zu intensiv sind und die Darstellung für ihn nicht der Realität entspricht.

*„Da habe ich am Morgen den ersten Gedanken, am Abend den letzten Gedanken, wo ich über diesen Unsinn Mittwochnachmittag nachdenke. Ich finde das einfach, für mich persönlich ist das zu belastend, diese intensiven Gefühle. Ich werde das, glaube ich, auch nie wirklich mögen.“ (D)*

*„Es macht schwer, dass es nicht real getreu ist. [...] Den Kritiker [kannst du] nicht einfach so mit eins, zwei Sätzchen so vertreiben, sondern der bleibt da und geht nicht weg.“ (D)*

### **4.3.3 Angst, Scham und Hemmungen**

Die Inhaltsanalyse zeigt, dass bei den Patientinnen und Patienten teilweise Schamgefühle, Hemmungen und Ängste aufkommen, wenn sie sich vor der Gruppe exponieren müssen.



*„Naja. Zum Anfang eben vielleicht, wenn man Scham hat vor Gefühlen zu zeigen, dann [...] kostet das Überwindung.“ (B)*

*„Also für mich ist die grösste Schwierigkeit einfach, vor den Leuten etwas vorzutragen. Da in der Mitte zu sitzen und von allen angeschaut zu werden.“ (D)*

Zudem äusserten fünf Personen Ängste vor der tiefen Auseinandersetzung mit ihren Themen und vor den Gefühlen, die damit zusammenhängen. Die folgenden Zitate bringen dies zum Ausdruck.

*„Also was schwierig war. Am Anfang [...] sich diesen Gefühlen zu stellen. Sich wirklich darauf einlassen können. [...] Ja das hat schon Angst gemacht, sich mit dem auseinanderzusetzen. Und so tief zu, wie sagt man, so tief zu wühlen so in einem selber.“ (F)*

*„Und schwierig ist auch, sich mit dem auseinanderzusetzen, weil es geht ja auch tief in einen hinein. [...]man [würde] das vielleicht lieber irgendwo wegschieben.“ (H)*

Sechs der sieben Personen fügten hinzu, dass es für sie Überwindung kostete, sich diesen Gefühlen zu stellen, dass sie aber dennoch froh um die Erfahrung sind. Das wurde unterschiedlich wahrgenommen. Zum einen berichteten die Patientinnen und Patienten, dass sie im Nachhinein stolz auf sich waren. Drei Patientinnen fühlten sich selbstbewusster und vier Personen erzählten, dass sich etwas in ihnen gelöst hat.

*„Vielfach hat man vielleicht Hemmungen, auf die Stühle zu gehen. Ja, aber ich habe das Gefühl, dass im Grunde, im Inneren wissen wir es, es hilft, auch wenn da eine gewisse Hemmung ist, weil man halt ausgestellt ist.“ (J)*

*„Ich würde es von Anfang an wieder machen, denn es gibt dir Selbstbewusstsein.“ (A)*

Ein Patient hat diese positiven Erfahrungen nicht gemacht. Die Angst vor dem Ausgestellt-Sein und vor den intensiven Gefühlen überfordern ihn. Er nimmt wahr, dass die erlebnisbasierte Schematherapie ihn daran hindert, sich auf die Theorie zu konzentrieren.

*„Ja [die erlebnisbasierte Schematherapie] ist einfach immer im Hintergedanken. Das verdirbt mir eigentlich irgendwie alles. Dann geht die ganze Konzentration von der Schematherapie nur auf die [erlebnisbasierte Schematherapie]. Also auch wenn du am Montag etwas Sinnvolles lernst. [...] Ich kann mir das nicht wirklich merken, weil dann kommt der zweite Gedanken wieder, [die erlebnisbasierte Schematherapie] und weiss eigentlich die Theorie schon nicht mehr.“ (D)*

## 5 Diskussion

Im ersten Teil dieses Kapitels werden die Ergebnisse zusammengefasst. Anschliessend erfolgt die Interpretation der Resultate unter Einbezug der bestehenden

Literatur, womit die im Kapitel 2.3 formulierten Fragestellungen beantwortet werden sollen. Weiter wird das methodische Vorgehen aus einem kritischen Standpunkt betrachtet und abschliessend wird ein Fazit mit Ausblick für weiterführende Forschung gezogen.

## **5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse**

Die folgenden Unterkapitel werden anhand der drei Hauptkategorien zusammengefasst: Im ersten Unterkapitel werden die erlebten Veränderungen durch die Schematherapie im tagesklinischen Setting aufgezeigt, gefolgt vom Unterkapitel, bei dem die unterstützenden Faktoren der Schematherapie zusammengefasst werden, die zur Veränderung beigetragen haben. Abschliessend werden die Faktoren aufgezeigt, die hinderlich für Veränderungsprozesse waren.

### **5.1.1 Zusammenfassung der Veränderungen**

**Hoffnung und Behandlungserfolg.** Im Rahmen dieser Untersuchung kann aufgezeigt werden, dass Schematherapie Veränderungen auslöst in Bezug zur Erwartungshaltung der Patientinnen und Patienten gegenüber der eigenen Erkrankung. Die Mehrheit der befragten Personen gab an, dass durch die Schematherapie Hoffnung auf Veränderung geweckt wird. Diese Hoffnung zeigt sich in verschiedenen Bereichen. Ein Teil der Patientinnen und Patienten gab an, dass sie intuitiv wussten, dass die Schematherapie das Richtige für sie ist. Hoffnung wurde zudem ausgelöst durch das Miterleben von positiven Veränderungen, die sie bei Mitpatientinnen und Mitpatienten wahrgenommen haben. Durch die Vergleiche zu vorigen Therapien konnten drei Personen feststellen, dass Schematherapie für sie hilfreicher ist als zuvor erlebte Therapieformen, was wiederum eine hoffnungsvolle Haltung auf den Behandlungserfolg stärkt. Ergänzend dazu zeigte sich bei drei weiteren Personen Hoffnung im Zusammenhang mit dem schematherapeutischen Wissen, welches sie als wichtiges Fundament für die psychische Gesundheit ansehen. Nicht nur die Hoffnung wird gestärkt, sondern auch konkrete Behandlungserfolge konnten von sieben Patientinnen und Patienten durch die Schematherapie wahrgenommen werden.

**Emotionsregulation.** Wichtige Veränderungen haben Patientinnen und Patienten bei der Emotionsregulation festgestellt. Sie können ihre Emotionen besser wahrnehmen. Ergänzend dazu konnte ein Teil der Patientinnen und Patienten Zugang zu Emotionen finden, welche sie zuvor nicht mehr wahrnehmen konnten. Neben dem Wahrnehmen der Emotionen lernten die Patientinnen und Patienten, diese besser einzuordnen. Die Hälfte der

befragten Personen konnten zudem feststellen, dass die Schematherapie ihnen hilft, konstruktiv mit ihren Emotionen umzugehen.

**Neue Lösungsansätze.** Die Patientinnen und Patienten gaben an, dass durch die Schematherapie neue Lösungsansätze in herausfordernden Situationen angewendet werden können. Dies zeigte sich in der Arbeit, bei der Alltagsbewältigung, bei finanziellen Problemen oder in konflikthafter Beziehungen. Zudem minimierte Schematherapie bei der Hälfte der Befragten den strengen Umgang mit sich selbst oder löst den Wunsch aus, liebevoller mit sich selbst umzugehen.

**Selbsterkenntnis und Selbstbewusstsein.** Eine zahlreich genannte Veränderung ist die Selbsterkenntnis. Die Patientinnen und Patienten gaben an, ihre Reaktionen in konkreten Situationen durch die Schematherapie besser verstehen zu können, sowie Erkenntnis über ihre Lebensgeschichte und die Entstehung ihrer Krankheitsgeschichte gewonnen zu haben. Etwas mehr als die Hälfte gab zudem an, dass sie sich als selbstbewusster wahrnehmen, weniger Vermeidungsverhalten zeigen und besser für sich und ihre Bedürfnisse einstehen können.

**Sozialkompetenzen.** Alle befragten Personen konnten ihre Sozialkompetenzen erweitern. Einerseits wurde die Empathiefähigkeit gestärkt. Andererseits hat mehr als die Hälfte gelernt, sich gegenüber anderen Menschen zu öffnen und sich in gruppendynamische Prozesse hineinzugeben.

**Keine Veränderung und Zweifel.** Neben den wahrgenommenen positiven Veränderungen werden auch Zweifel geäußert. Gerade in herausfordernden Situationen ist es schwierig, auf das erlernte Wissen zurückzugreifen oder es kann nicht weiterhelfen.

### 5.1.2 Zusammenfassung der unterstützenden Faktoren

**Schematherapeutisches Wissen und Intervention.** Als unterstützender Faktor, welcher zu positiven Veränderungen beigetragen hat, wurde das schematherapeutische Wissen identifiziert. Das erarbeitete Wissen um die eigenen Schemata und Bewältigungsstile hilft den meisten Patientinnen und Patienten, ihre Lebens- und Krankheitsgeschichte besser zu verstehen. Für alle Befragten erweist sich zudem das Modusmodell als besonders hilfreich, weil es sie darin unterstützt, konkrete Situationen zu erfassen und ihre eigenen Reaktionen zu verstehen und anzupassen. Besonders das Wissen um den gesunden Erwachsenen und das glückliche Kind wird von einzelnen Personen als stärkend wahrgenommen. Das schematherapeutische Wissen unterstützt die Patientinnen und

Patienten nicht nur im Verständnis, sondern auch im konkreten Umgang mit herausfordernden Situationen, wie es im vorigen Kapitel aufgezeigt wurde. Für das Verständnis sind zwei Zugangsweisen wichtig. Einerseits das kognitive Verstehen, welches besonders in der psychoedukativen Schematherapie erarbeitet wurde und andererseits das Verstehen auf der emotionalen Ebene. Dies haben sich die Patientinnen und Patienten hauptsächlich in der erlebnisbasierten Schematherapiegruppe angeeignet. Besonders diese erlebnisbasierte Schemagruppentherapie wurde von den Patientinnen und Patienten als wichtig eingeschätzt, weil sie dort prägende Erfahrungen machten, welche durch das konkrete Darstellen und Bearbeiten von persönlichen Situationen entstanden. Dabei bekommt das Wahrnehmen, Erleben und Äussern von Emotionen einen besonderen Stellenwert sowie die Versorgung durch den gesunden Erwachsenen.

**Nötige Konfrontation.** Fast alle haben die Schematherapie teilweise als konfrontativ erlebt. Einerseits fühlten sich die Patientinnen und Patienten herausgefordert, sich mit eigenen Themen zu befassen und andererseits mussten sie sich in der erlebnisbasierten Schematherapiegruppe intensiven Gefühlen aussetzen. Die Untersuchung zeigt, dass die befragten Personen diese Konfrontation als notwendig erachten.

**Aufbau, Struktur und Arbeitsmaterial.** Die Mehrheit erfährt die Komplementarität der psychoedukativen und erlebnisorientierten Schematherapiegruppe als hilfreich für das Verständnis der Schematherapie auf kognitiver und emotionaler Ebene. Innerhalb der Therapiegruppen wird bei der psychoedukativen Schematherapiegruppe die Abwechslung von Einzelarbeiten, Kleingruppengesprächen und Theorievermittlung geschätzt. In der erlebnisbasierten Schematherapiegruppe wird hingegen der klare und gleichbleibende Ablauf als unterstützend wahrgenommen.

Bei der Untersuchung kann weiter aufgezeigt werden, dass das abgegebene Material bei sieben Patientinnen und Patienten unterstützend wirkt. Einerseits hilft es beim Verständnis. Andererseits gibt es Sicherheit, dass ausserhalb der Therapiestunden und der Tagesklinik auf die Arbeitsmaterialien zugegriffen werden kann.

Die tagesklinische Struktur bietet die Möglichkeit, dass die Patientinnen und Patienten sich ausserhalb der Schematherapiegruppen austauschen können. Sieben Personen nutzen dies, indem sie mit Mitpatientinnen und Mitpatienten Verständnisfragen klären, Lösungsansätze besprechen und Erlebtes nachbesprechen.

**Gruppenerfahrung.** Zusammenfassend lässt sich sagen, dass alle Patientinnen und Patienten die Gruppenerfahrungen als wertvoll erleben. Die Mehrheit hat Unterstützung von

den Mitpatientinnen und Mitpatienten erlebt oder konnte anderen Personen weiterhelfen. Beides sind für die Patientinnen und Patienten wichtige Erfahrungen. Zusätzlich stellten sich durch das Gruppensetting bei den befragten Personen Lerneffekte ein. Erlebnisse von Akzeptanz, Sicherheit und wohlwollender Gruppendynamik sind weitere wichtige Erfahrungen, die in der Gruppe gemacht wurden. Durch das Erkennen, dass andere Mitpatienten und Mitpatientinnen ähnliche Erfahrungen machten, entstand zudem ein Gefühl von Verbundenheit, was sie als entlastend empfanden.

**Therapeutische Beziehung.** Alle Personen haben die therapeutische Beziehung zum Team der Tagesklinik als unterstützenden Faktor eingeschätzt. Etwas mehr als die Hälfte berichtete, dass sie besonders in der erlebnisbasierten Schematherapiegruppe nicht unter Druck gesetzt worden sind und ihnen ausreichend Zeit gelassen wurde, bis sie aktiv mitmachen mussten. Die Untersuchung zeigt, dass den meisten Patientinnen und Patienten die Freiwilligkeit wichtig ist und dies das Gefühl der Eigenverantwortung stärkt. Dennoch nehmen die meisten wahr, dass sie von dem Behandlungsteam unterstützt und teilweise auch herausgefordert werden, sich in die Gruppe einzubringen und darauf einzulassen. Dies hat den Patientinnen und Patienten geholfen, sich zu öffnen.

Von allen wurde in unterschiedlichen Formen angegeben, dass sie Vertrauen zum Behandlungsteam aufbauen konnten. Die Hälfte hat Vertrauen aufbauen können, weil sie das Team als fachlich kompetent wahrnehmen. Weiter fühlen sich drei Patientinnen und Patienten ernst genommen, weil sie merken, dass Schematherapie auch dem Behandlungsteam wichtig ist und sie sich um eine gute Arbeit bemühen. Alle erlebten eine respektvolle, wohlwollende und empathische Haltung vom Behandlungsteam und äusserten, dass sie sich in der Tagesklinik sicher fühlen. Die Verfügbarkeit des Behandlungsteams, insbesondere nach der erlebnisbasierten Schemagruppentherapie, stärkt zusätzlich das Vertrauen und gibt Halt.

### 5.1.3 Zusammenfassung der hinderlichen Faktoren

**Verständnis.** Die Mehrheit hatte zu Beginn Verständnisschwierigkeiten. Besonders die schematherapeutischen Begriffe und deren Zusammenhänge wurden als herausfordernd empfunden. Nach zwei bis drei Wochen liessen die Verständnisschwierigkeiten nach. Einzig eine Patientin scheint nach wie vor Schwierigkeiten mit den Begrifflichkeiten zu haben.

**Intensive Gefühle und Grenzerfahrungen.** Die Hälfte der Patientinnen und Patienten haben Situationen in der erlebnisbasierten Schematherapie erlebt, bei denen die

Gefühle zu intensiv waren oder Fallbeispiele anderer Personen sie zu stark an ihre eigene Situation erinnerten. Ein Patient berichtet, dass die intensiven Gefühle ihn überfordern und er auch im Nachhinein keinen Vorteil darin sehen kann. Die restlichen Personen gaben an, dass sie dennoch Vorteile aus diesen Situationen ziehen konnten und diese nicht missen möchten (siehe Kapitel 5.1.2).

**Angst, Scham und Hemmungen.** Die Untersuchung zeigte, dass bei der Mehrheit besonders in der erlebnisbasierten Schematherapiegruppe Schamgefühle, Hemmungen und Ängste aufkommen in Zusammenhang mit dem Exponieren vor der Gruppe. Zudem besteht bei der Hälfte Angst vor der tiefen Auseinandersetzung mit ihren Themen und den damit möglicherweise ausgelösten Gefühlen. Fast alle waren froh, dass sie dennoch an der Schematherapiegruppe teilnahmen und sich den Gefühlen und eigenen Themen stellten. Allerdings hinderte die Angst des Exponiertseins und die Angst vor den intensiven Gefühlen einen Patienten daran, sich in der erlebnisbasierten Schemagruppentherapie zu öffnen.

## 5.2 Interpretation der Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse unter Einbezug der theoretischen Grundlagen interpretiert und auf die Fragestellung bezogen.

*Wie wirken sich aus Patientensicht schematherapeutische Interventionen in einer Tagesklinik auf die Behandlung der Patientinnen und Patienten aus?*

Der Zusammenfassung kann entnommen werden, dass die Patientinnen und Patienten die Schematherapie in verschiedenen Bereichen als wirksam wahrnehmen. Einerseits löst sie Hoffnung auf Behandlungserfolg aus. Bei den Ergebnissen fällt auf, dass ein Teil der Patientinnen und Patienten die Schematherapie im Vergleich zu früheren Therapien als wirksamer einschätzen, was wiederum Hoffnung weckt. Möglicherweise kann dies mit dem integrativen Ansatz zusammenhängen, welcher verschiedene therapeutische Vorgehensweisen beinhaltet (Jacob & Arntz, 2011; Roediger, 2018; Young, 1990; Young et al., 2008). Dieses breite Angebot könnte eine Erklärung dafür sein, weshalb Schematherapie Hoffnung auf Behandlungserfolg auslösen kann. Wie die Ergebnisse in der Zusammenfassung zeigen, gibt es noch weitere Erklärungen, wie beispielsweise das Beobachten von positiven Veränderungen durch die Schematherapiegruppen bei anderen Mitpatienten und Mitpatientinnen.

Weiter wirkt sich Schematherapie positiv auf die Emotionsregulation der Patientinnen und Patienten aus. Das widerspiegelt auch das Ziel des Modusmodells von Young et al. (2008), welches u. a. eine Hilfestellung ist, seine eigenen Gefühle und Emotionen zu erkennen und zu verstehen. Dies könnte in Zusammenhang mit dem Ergebnis stehen, dass sich die Patientinnen und Patienten in herausfordernden Situationen neue Lösungsansätze angeeignet haben. Besonders in schwierigen Situationen können maladaptive Schemata aktiviert und Bewältigungsreaktionen ausgelöst werden (Young et al., 2008). Durch einen besseren Umgang mit den eigenen emotionalen Reaktionen kann es möglich werden, konstruktiver mit Situationen umzugehen und eigenen maladaptiven Schema entgegenzuwirken. Dabei hilft auch das Bewusstsein und Verständnis über die eigenen Schemata und Bewältigungsstile (Jacob & Arntz, 2011; Roediger, 2018; Young, et al., 2008). Diese Selbsterkenntnis durch die Schematherapie ist einer der meistgenannten Veränderungen, welche die befragten Personen wahrgenommen haben. Und somit scheint dies auch bei der Entwicklung neuer Lösungsansätze beizutragen. Wie bereits erläutert, kann die Selbsterkenntnis in konkreten Situationen aufgrund des Modusmodells gewonnen werden. Die Selbsterkenntnis, welche sich auf die Lebens- und Krankheitsgeschichte bezieht, lässt sich im Schemamodell wiedererkennen. Hier wird aufgezeigt, wie maladaptive Schemata entstehen und wie sich diese im Erwachsenenleben auswirken (Young et al., 2008).

Die positiven Veränderungen der Emotionsregulation und der Selbsterkenntnis könnten folglich auch zu einem besseren Wahrnehmen der eigenen Bedürfnisse führen. Das lässt sich in den Aussagen der Befragten erkennen. Sie berichten, sich selbstbewusster zu fühlen, besser für ihre Bedürfnisse eintreten zu können und einen weniger strengen Umgang mit sich selber zu haben. Somit kann angenommen werden, dass die Schematherapie im tagesklinischen Setting sich auch positiv auf das Wahrnehmen der eigenen Bedürfnisse auswirkt.

Neben den positiven Veränderungen im Umgang mit sich selbst, zeigen die Ergebnisse auch im Umgang mit anderen Menschen eine Erweiterung ihrer Sozialkompetenzen. Diese Ergebnisse scheinen schlüssig, da sich maladaptive Schemata besonders auf der Beziehungsebene auswirken (Young et al., 2008) Dadurch, dass sich die Patientinnen und Patienten mit ihren eigenen Schemata, ihrem Bewältigungsstil und dem Modusmodell befassen, könnte sich das folglich auf ihre Beziehungen ausgewirkt haben, wie die Ergebnisse es andeuten. Allerdings kann davon ausgegangen werden, dass auch die

Erfahrungen in der Gruppe im tagesklinischen Setting einen positiven Einfluss auf die Sozialkompetenzen haben, losgelöst von den schematherapeutischen Interventionen. Weiter unten in diesem Kapitel wird bei der Beantwortung der zweiten Fragestellung näher darauf eingegangen.

Alle Patientinnen und Patienten berichten, dass sie bereits positive Veränderungen und Behandlungserfolge durch die Schematherapie erlebt haben. Im Kontrast dazu zeigen die Ergebnisse auch, dass die Befragten zweifeln, ob sich etwas geändert hat oder ändern wird. Sie haben zudem besonders in herausfordernden Situationen erlebt, dass sie nicht auf schematherapeutisches Wissen zurückgreifen konnten oder die Erfahrung machten, dass es ihnen nicht weiterhelfen konnte. Um diese gegensätzlichen Ergebnisse zu verstehen, scheint es wichtig anzumerken, dass maladaptive Schemata bereits in der Kindheit und Jugend entstanden sind und sich im Erwachsenen weiter zeigen (Young et al.). Es wird also davon ausgegangen, dass die Patientinnen und Patienten seit ihrer Kindheit unbewusst von ihren maladaptiven Schemata geprägt sind und sich dadurch dysfunktionale Bewältigungsstile angeeignet haben, welche bis hin zu psychischen Symptomen führen. Somit lässt sich schlussfolgern, dass die Patientinnen und Patienten erst am Anfang sind, Veränderungen in ihr Leben zu implementieren. Daher ist eine mögliche Erklärung der widersprüchlichen Ergebnisse, dass Veränderungen dementsprechend Zeit brauchen und es besonders zu Beginn neben positiven Erlebnissen auch Situationen gibt, in denen Veränderungen noch nicht möglich sind.

Abschliessend lässt sich sagen, dass die Ergebnisse dieser Untersuchung auf eine positive Wirkung der Schematherapie auf die Behandlung der Patientinnen und Patienten im tagesklinischen Setting hinweisen. Parallelen zeigen sich in den Studien zur Wirkung von Schematherapie im stationären Setting (Reiss et al., 2014; Thiel et al, 2016, Roediger et al., 2018). Weiter zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung, welcher eine Stichprobe mit Patientinnen und Patienten mit heterogenen Störungsbildern zugrunde liegt (siehe Kapitel 3.4.3), dass sich Schematherapie im tagesklinischen Setting störungsübergreifend anwenden lässt. Dies entspricht den Ergebnissen der Metaanalysen von Masley et al. (2011) und Taylor et al. (2017). Im Folgenden wird auf die zweite Fragestellung eingegangen, welche versucht Faktoren zu identifizieren, welche zu den positiven Veränderungen beigetragen haben.



*Welche Aspekte der Schematherapie in einem tagesklinischen Setting lassen sich als hinderliche und/oder förderliche Faktoren für die persönlichen Veränderungsprozesse identifizieren?*

Aus der Beantwortung der ersten Fragestellung wurden bereits Zusammenhänge zwischen dem schematherapeutischen Wissen und positiven Veränderungen hergestellt. Die weiteren Ergebnisse der Untersuchung unterstützen diese Annahme. Wie zuvor erläutert, hat aus Patientensicht das schematherapeutische Wissen dazu beigetragen, dass sie sich selbst besser verstehen und sie darin bestärkt, eigene Verhaltensweisen zu ändern. Dieses schematherapeutische Wissen wurde sowohl auf der kognitiven Ebene in der psychoedukativen Schematherapiegruppe erarbeitet als auch auf einer emotionalen Ebene in der erlebnisorientierten Schematherapiegruppe. Ausserdem erachteten Patientinnen und Patienten den komplementären Aufbau der zwei Schematherapiegruppen als unterstützend für ein vertieftes Verständnis. Das lässt darauf hinweisen, dass der integrative Ansatz der Schematherapie (Young et al., 2008) hilfreich ist, positive Veränderungsprozesse zu unterstützen.

Die Ergebnisse zeigen weiter, dass besonders prägende Erfahrungen in der erlebnisbasierten Schemagruppentherapie gemacht wurden. Diese Beobachtung deckt sich mit der Theorie über erlebnisorientierte Interventionen, welche helfen, maladaptive Schemata auf der emotionalen Ebene zu durchbrechen (Young et al. 2008) und welche zu korrigierenden emotionalen Erfahrungen führen können (Roediger, 2018). Solche prägenden Erfahrungen konfrontierten die Patientinnen und Patienten mit intensiven Gefühlen. Beide Schematherapiegruppen konfrontieren sie zusätzlich mit eigenen Schemata, Bewältigungsstilen und persönlichen Themen. Die Untersuchung zeigt, dass aus Patientensicht diese Konfrontation als nötige Konfrontation erlebt wurde, damit sie sich auf eine tiefere Verständnisebene einlassen und auf maladaptive Schemata reagieren können.

Weiter wird aus Patientensicht die klare Struktur in der erlebnisbasierten Schematherapie geschätzt sowie die Abwechslung in der psychoedukativen Schematherapiegruppe. Hierbei soll darauf hingewiesen werden, dass die Schematherapie mit unterschiedlichen Methoden arbeitet (Jacob & Arntz, 2011; Roediger & Jacob, 2011; Young et al., 2008) und dass in der Tagesklinik PZO im Gruppensetting nicht alle Methoden der Schematherapie ausgeschöpft werden können. Dennoch scheinen die Patientinnen und Patienten bereits von der Methodenvielfalt und der Struktur der schematherapeutischen

Schematherapiegruppen in der Tagesklinik PZO zu profitieren. Dazu gehört ebenfalls das Arbeitsmaterial, welches den Patientinnen und Patienten ausgehändigt wird.

Ein zentraler Bestandteil der schematherapeutischen Interventionen liegt darin, dass sie in der Gruppe stattfinden. Auf verschiedenen Ebenen wird die Gruppenerfahrung aus Patientensicht als wirksamer Faktor für Veränderungsprozesse identifiziert. Hoge et al. haben in ihren Untersuchungen aufgezeigt, dass der zwischenmenschliche Kontakt einer der wichtigsten Wirkfaktoren in der Tagesklinik ist. Das deutet darauf hin, dass sich die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung nicht ausschliesslich auf schematherapeutischen Interventionen beziehen. Inwiefern sie durch das tagesklinische Setting beeinflusst sind, kann nicht abschliessend beurteilt werden. Aufgrund dessen kann vermutet werden, dass Schematherapie im Kontext des Gruppensettings, spezifische Veränderungsprozesse auslösen kann. Es deutet darauf hin, dass Schematherapie im tagesklinischen Setting eine wirksame Rolle einnimmt, besonders in Anbetracht, dass sich die Patientinnen und Patienten in der Schematherapiegruppe im Gruppensetting intensiv und emotional auf andere und eigene Themen einlassen müssen und dabei Unterstützung, Verbundenheit, Akzeptanz, Sicherheit und eine wohlwollende Gruppendynamik erleben. Die Wirksamkeit der Schematherapie in Gruppen (Baljé et al., 2016; Farrell et al., 2009; Younan, Farrell & May, 2018) wird in diversen Studien belegt und entsprechen den Ergebnissen dieser Untersuchung.

Auch in der Studie von Mörtl und Wietersheim (2008), sowie in der Dissertation von Knab (2007) wurden Wirkfaktoren der Tagesklinik ausgearbeitet. Dabei bekommt die therapeutische Beziehung einen wichtigen Stellenwert. Das deckt sich mit den Ergebnissen dieser Arbeit. Die Patientinnen und Patienten machten positive Erfahrungen in der therapeutischen Beziehung zum Behandlungsteam, was sie als unterstützender Faktor erleben. Unter anderem erfuhren sie eine respektvolle, wohlwollende und empathische Haltung des Behandlungsteams, konnten auf die Verfügbarkeit vertrauen und fühlten sich nicht unter Druck gesetzt. Andererseits wurden sie vom Behandlungsteam gefordert und teilweise auch herausgefordert. Diese Aspekte lassen sich in der Beziehungsarbeit im schematherapeutischen Kontext finden, wobei die empathische Konfrontation, wie auch die Anwendung der begrenzten nachträglichen elterlichen Fürsorge eine wichtige Grundhaltung ergeben (Young et al., 2008). Das weist darauf hin, dass eine schematherapeutische Haltung des Behandlungsteams im tagesklinischen Setting einen bedeutsamen Einfluss auf die Patientinnen und Patienten haben kann.

Ein weiterer Wirkfaktor der Tagesklinik ist das teilstationäre Zeitkonzept, welches die Konfrontation mit alltäglichen Problemen ermöglicht (Hoge et al., 1988; Kallert & Schützwohl, 2002; Knab, 2007). Gemäss den Ergebnissen dieser Untersuchung konnten die Patientinnen und Patienten dieses als Vorteil nutzen. Das zeigt sich an den berichteten Veränderungen, welche die Patientinnen und Patienten bereits in ihrem Alltag wahrnehmen. Beispielsweise in dem sie sich mit dem gesunden Erwachsenen verbinden und für eigene Bedürfnisse eintreten oder in dem sie durch die Wahrnehmung der Modi auch in Alltagssituationen ein selbstfürsorgliches Verhalten einüben. Dies zeigt den positiven Einfluss des tagesklinischen Settings auf die schematherapeutische Behandlung, indem erlernte schematherapeutische Strategien direkt in den Alltag implementiert werden können.

Wie in den vorangegangenen Abschnitten ausgearbeitet wurde, scheint das tagesklinische Setting in positiver Wechselwirkung mit den schematherapeutischen Interventionen zu stehen. Dazu muss ergänzt werden, dass auch andere Therapiegruppen in der Tagesklinik PZO angeboten werden, die beispielsweise die Sozialkompetenzen oder die Emotionsregulation fördern. Auch wenn die Ergebnisse Hinweise darauf geben, dass die Schematherapie im tagesklinischen Setting positive Veränderungen auf die Behandlung der Patientinnen und Patienten bewirkt haben, darf dies nicht nur isoliert betrachtet werden. Folglich wird angenommen, dass auch andere Therapiegruppen positiv zu den erfassten Veränderungen beigetragen haben, bzw. die einzelnen Therapieangebote sich gegenseitig positiv beeinflussen.

Neben den unterstützenden Faktoren wird nun auf die hinderlichen Faktoren der Schematherapie im tagesklinischen Setting eingegangen. Die Untersuchung zeigt, dass zu Beginn die Komplexität der Schematherapie Verständnisschwierigkeiten auslöste. Dies hängt wahrscheinlich auch damit zusammen, dass die Patientinnen und Patienten, die neu in der Tagesklinik kommen, nicht auf dem gleichen Wissensstand sind wie die anderen Teilnehmenden. Nach wenigen Wochen sind die Verständnisschwierigkeiten bei fast allen bereits kleiner wurden. Das könnte ein Hinweis für eine patientengerechte und didaktisch wirksame Wissensvermittlung sein. Dennoch scheint eine Patientin nach mehreren Wochen weiterhin Probleme mit der Terminologie zu haben, was darauf hinweist, dass die Schematherapie im tagesklinischen Setting für einige Patientinnen und Patienten kognitiv zu anspruchsvoll ist. Eine flexible Anpassung an das kognitive Niveau und das Lerntempo der Patientinnen und Patienten ist im tagesklinischen Setting schwieriger als im Einzelsetting.

Des Weiteren wurden die intensiven Gefühle, mit denen die Patientinnen und Patienten in der erlebnisbasierten Gruppenschematherapie in Kontakt kommen, von der Mehrheit in vereinzelt Situationen als Grenzerfahrungen wahrgenommen. Die Untersuchung deutet also darauf hin, dass vor allem die erlebnisbasierte Schematherapiegruppe im tagesklinischen Setting für Patientinnen und Patienten zu intensiv sein kann. Im Widerspruch dazu äussern bis auf einen Patienten alle, dass sie diese Erfahrung nicht missen möchten. Diese entgegengesetzten Aussagen könnten darauf zurückgeführt werden, dass es in den erlebnisbasierten Interventionen manchmal diese unangenehme Konfrontation braucht, damit Veränderungsprozesse stattfinden können. Dennoch zeigt sich bei einem Patienten, dass diese intensiven Gefühle für ihn zu belastend sind. Möglicherweise kann dies mit Angst, Hemmungen und Schamgefühlen vor dem Exponiertsein zusammenhängen, was auch von weiteren Patientinnen und Patienten als hinderlicher Faktor genannt wurde. Diese Gefühle erschwerten es den Patientinnen und Patienten, sich auf die Schematherapie einzulassen. Umso wichtiger erscheint die positiv erlebte Gruppendynamik und therapeutische Beziehung, in der sich die Patientinnen und Patienten sicher fühlen.

### **5.3 Limitationen**

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, herauszufinden, wie sich aus Patientensicht schematherapeutische Interventionen in einer Tagesklinik auf die Behandlung der Patienten und Patientinnen auswirken und welche Aspekte der Schematherapie sich als hinderlich und/oder förderlich für persönliche Veränderungsprozesse herausstellen. Bisher gibt es kaum Untersuchungen über die Wirksamkeit zu Schematherapie im tagesklinischen Setting (Smesny & Valente, 2016). Das explorativ-qualitative Vorgehen ermöglichte, durch die halbstrukturierten Interviews einen breiten Einblick zur Schematherapie im tagesklinischen Setting zu gewinnen. Dies stellte sich als geeignetes Verfahren heraus. Dennoch zeigt die Untersuchung Limitationen, auf die in den folgenden Abschnitten eingegangen wird.

Einige Studien, welche als theoretische Grundlage sowohl für die Erstellung des Kodierleitfadens als auch der Interpretation verwendet wurden, stammen aus der Schematherapie Scientific Community, welche möglicherweise Interesse an positiven Ergebnissen der Studien haben. Trotz sorgfältiger Güteprüfung dieser Studien durch die Autorin, kann ein Effekt dieses Interessenskonflikts auf die Studienergebnisse nicht ausgeschlossen werden.

Eine weitere Einschränkung zeigt sich bei der Stichprobe, welche zehn Patientinnen und Patienten der Tagesklinik PZO umfasst. Zudem wurde die Stichprobenauswahl nicht randomisiert durchgeführt. Aufgrund dessen kann kein repräsentativer Rückschluss auf die Grundgesamtheit gemacht werden. Des Weiteren ist eine Verallgemeinerung der Ergebnisse auf andere Tageskliniken nur beschränkt möglich. Das liegt vor allem daran, dass zwischen den Tageskliniken keine einheitliche Form des Behandlungskonzepts vorliegt (Schultz-Venrath, 2011; Zeeck et al., 2002). Trotzdem kann durch das sorgfältige Einbeziehen der Gütekriterien (siehe Kapitel 3.3) angenommen werden, dass die Aussagen der Patientinnen und Patienten in der Tagesklinik PZO fundierte Ergebnisse darstellen, auf denen zukünftige Studien aufbauen können.

Weiter muss berücksichtigt werden, dass die Interviews in den Räumlichkeiten der Tagesklinik PZO stattfanden und die Rekrutierung in Zusammenarbeit mit den behandelnden Therapeuten durchgeführt wurde. Auch wenn die Teilnehmenden vor der Untersuchung über die Anonymität informiert wurden, muss von einer gewissen sozialen Erwünschtheit ausgegangen werden. Dieser Einfluss konnte wahrscheinlich minimiert werden, indem die Interviews von einer neutralen Person durchgeführt wurden, welche nicht in der Tagesklinik PZO arbeitet.

Die Auswertung anhand der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2010), welche eine deduktive Kategorienbildung ermöglicht, stellte sich als eine geeignete Vorgehensweise heraus. Um sicherzustellen, dass in der Analyse alle relevanten Kriterien miteinbezogen wurden, wurde die Vollständigkeit der Kategorien mittels induktiver Kategoriebildung überprüft. Trotz sorgfältig ausgearbeitetem Kategoriensystem (Kapitel 3.6.2) und den festgelegten Kodierregeln (siehe Anhang C), zeigten sich bei der Kodierung Überschneidungen der einzelnen Kategorien. In der Interpretation (siehe Kapitel 5.2) wurden diese Überschneidungen in den aufgezeigten Zusammenhängen berücksichtigt.

Wie in der Interpretation (siehe Kapitel 5.2) angedeutet, stehen die Patientinnen und Patienten in der Tagesklinik unter verschiedenen Einflüssen, welche sich positiv auf den Behandlungserfolg auswirken. Unter diesem Aspekt wird deutlich, dass der Einfluss der schematherapeutischen Gruppeninterventionen auf die berichteten Veränderungen auch mit anderen Wirkfaktoren zusammenhängen. Es lässt sich nicht abschliessend beurteilen, inwiefern die schematherapeutischen Interventionen zu den positiven Veränderungen beigetragen hat.

## 5.4 Fazit und Ausblick

Aufgrund dieser Arbeit kann angenommen werden, dass sich der integrative Ansatz der Schematherapie gut eignet für das tagesklinische Setting. Vieles deutet darauf hin, dass schematherapeutische Interventionen im tagesklinischen Setting einen positiven Einfluss auf den Behandlungserfolg der Patientinnen und Patienten haben. Positive Veränderungen werden in der Emotionsregulation, in den Sozialkompetenzen und in der Selbstwahrnehmung beobachtet. Zudem scheinen die schematherapeutischen Interventionen neue Lösungsansätze in herausfordernden Situationen zu fördern sowie Hoffnung auf Behandlungserfolg auszulösen. In vereinzelt Situationen wurde von den Patientinnen und Patienten keine Veränderung wahrgenommen. Als förderliche Faktoren für die Veränderungsprozesse wurden verschiedene Elemente (siehe Kapitel 4.1) identifiziert. Dabei scheinen schematherapeutische Interventionen in positiver Wechselwirkung mit dem tagesklinischen Setting zu stehen. Faktoren, die hinderlich für Veränderungsprozess waren, beziehen sich auf anfängliche Verständnisschwierigkeiten, Grenzerfahrung durch die Konfrontation mit zu intensiven Gefühlen und das Exponiertsein.

In weiterführenden Untersuchungen empfiehlt es sich, die gewonnenen Ergebnisse quantitativ zu untersuchen, um repräsentative Aussagen machen zu können. Dabei wäre der Einbezug einer Kontrollgruppe von Vorteil, weil dadurch die erfassten Effekte auch entsprechend relativiert werden können. Weiter stellt sich die Frage, inwieweit sich die erfassten Veränderungen im Verlauf weiterentwickeln. Untersuchungen mit verschiedenen Messzeitpunkten, die u. a. auch die Befragungen nach der tagesklinischen Behandlung miteinbeziehen, könnten Aussagen über die langfristige und nachhaltige Wirkung der Schematherapie im tagesklinischen Setting generieren.

Ein weiterer Forschungszugang wäre der Einbezug einer systemischen Sichtweise, bei der die Beziehungen der Patientinnen und Patienten zu ihren signifikant wichtigen Menschen miteinbezogen werden. Das scheint sinnvoll, weil sich Schematherapie immer auch auf die Beziehungsebene auswirkt. Im tagesklinischen Setting beschäftigen sich die Patientinnen und Patienten besonders intensiv mit schematherapeutischen Themen. Wie die Ergebnisse zeigen, kann das persönliche Veränderungen zur Folge haben. Eine systemische Betrachtungsweise kann Erkenntnisse darüber gewinnen, inwiefern die Veränderungen auch in den Beziehungen der Patientinnen und Patienten möglich sind und damit nachhaltig wirken können.

## Literaturverzeichnis

- Aligwekwe, U. (2019). *TK ALG Konzept des PZO*. Unveröffentlichtes Manuskript, Psychiatricentrum Oberwallis.
- Allen, H. (1981). 'Voices of concern': A study of verbal communication about patients in a psychiatric day unit. *Journal of Advanced Nursing*, 6(5), 355–362.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1981.tb03234.x>
- Bundesamt für Gesundheit (2016). *Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz*. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/politische-auftraege-im-bereich-psychische-gesundheit/postulat-massnahmen-im-bereich-psychische-gesundheit1.html>
- Balje, A., Greeven, A., van Giezen, A., Korrelboom, K., Arntz, A., & Spinhoven, P. (2016). Group schema therapy versus group cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder with comorbid avoidant personality disorder: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17(1), 487. <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1605-9>
- Bamelis, L. L. M., Evers, S. M. A. A., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a Multicenter Randomized Controlled Trial of the Clinical Effectiveness of Schema Therapy for Personality Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 305–322.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12040518>
- Bogner, A., Littig, B., & Menz, W. (2014). *Interviews mit Experten: Eine praxisorientierte Einführung*. Wiesbaden: Springer. doi:10.1007/978-3-531-19416-5
- Bryman, A. (2016). *Social Research Methods*. Oxford: University Press.
- Cameron, D. E. (1947). The day hospital: An experimental form of hospitalization for psychiatric patients. *Modern Hospital*, 69(3), 60-62.
- Carter, J. D., McIntosh, V. V., Jordan, J., Porter, R. J., Frampton, C. M., & Joyce, P. R. (2013). Psychotherapy for depression: A randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. *Journal of Affective Disorders*, 151(2), 500–505. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.034>
- Cockram, D., Drummond, P., & Lee, C. (2010). Role and Treatment of Early Maladaptive Schemas in Vietnam Veterans with PTSD. *Clinical psychology & psychotherapy*, 17, 165–182. <https://doi.org/10.1002/cpp.690>

- de Klerk, N., Abma, T. A., Bamelis, L. L. M., & Arntz, A. (2017). Schema therapy for personality disorders: A qualitative study of patients' and therapists' perspectives. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 45*(1), 31–45.  
<https://doi.org/10.1017/S1352465816000357>
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Aufl.). Berlin: Springer. doi:10.1007/978-3-642-41089-5
- Dresing, T., & Pehl, T. (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (Aufl. 8.). Malburg: Eigenverlag.
- Eikelmann, B. (2010). Tagesklinische Behandlung in der Psychiatrie. *Der Nervenarzt, 81*(3), 355–365. <https://doi.org/10.1007/s00115-009-2898-7>
- 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*(2), 317–328. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.01.002>
- Flick, U., Kardorff, E. & Steinke, I. (1995). *Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*. Reinbek: Rowohlt.
- Flick, U., (2016). *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung* (Aufl. 7.). Reinbek: Rowohlt.
- George, L., Thornton, C., Touyz, S., Waller, G., & Beumont, P. (2004). Motivational enhancement and schema-focused cognitive behavior therapy in the treatment of chronic eating disorders. *Clinical Psychologist, 8*, 81–85.  
<https://doi.org/10.1080/13284200412331304054>
- Gerlinghoff, M., Bachmund, H., & Franzen, V. (1998). Evaluation of a day treatment programme for eating disorders. *European Eating Disorder Review, 6*, 96-106.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M., & Arntz, A. (2006). Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Randomized Trial of Schema-Focused Therapy vs Transference-Focused Psychotherapy. *Archives of General Psychiatry, 63*(6), 649–658. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.6.649>
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Guy, W., Gross, M., Hogarty, G. E., & Dennis, H. (1969). A controlled evaluation of day hospital effectiveness. *Archives of General Psychiatry, 20*(3), 329-338.



- Helfferrich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. doi:10.1007/978-3-531-92076-4
- Hoge, M. A., Farrell, S. P., Munchel, M. E., & Strauss, J. S. (1988). Therapeutic Factors in Partial Hospitalization. *Psychiatry*, 51(2), 199–210. <https://doi.org/10.1080/00332747.1988.11024392>
- Hopf, H. (2019). *Praxishandbuch Tageskliniken: Teilstationäre Behandlung in Psychiatrie und Psychosomatik*. München: Elsevier.
- Humanforschungsgesetz (2011). *Bundesgesetz über die Forschung am Menschen*. Verfügbar unter: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2013/617/de>
- Jacob, G. A., & Arntz, A. (2011). *Schematherapie in der Praxis*. Weinheim: Beltz.
- Jacob, G. A., & Arntz, A. (2013). Schema Therapy for Personality Disorders: A Review. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6(2), 171–185. <https://doi.org/10.1521/ijct.2013.6.2.171>
- Kallert, T. W., & Schützwohl, M. (2002). Wirkfaktoren der Behandlung in psychiatrischen Tageskliniken aus Patientensicht. *Krankenhauspsychiatrie*, 13(02), 46–53. <https://doi.org/10.1055/s-2002-32105>
- Knab, K. (2007). *Spezifische Wirkfaktoren tagesklinischer psychosomatischer Behandlung: Eine qualitative Inhaltsanalyse* (Unveröffentlichte Dissertation). Universitätsklinikum Ulm.
- Kopf-Beck, J., Zimmermann, P., Egli, S., Rein, M., Kappelmann, N., Fietz, J., Tamm, J., Rek, K., Lucae, S., Brem, A.-K., Sämann, P., Schilbach, L., & Keck, M. E. (2020). Schema therapy versus cognitive behavioral therapy versus individual supportive therapy for depression in an inpatient and day clinic setting: Study protocol of the OPTIMA-RCT. *BMC Psychiatry*, 20, 506. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02880-x>
- Kopp, B., & Caspar F. (2020). In M. A. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch – Lexikon der Psychologie*. (20. Aufl.). Bern: Hogrefe. Verfügbar unter: <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/schema>
- Koppers, D., Van, H., Peen, J., Alberts, J., & Dekker, J. (2020). The influence of depressive symptoms on the effectiveness of a short-term group form of Schema Cognitive Behavioural Therapy for personality disorders: A naturalistic study. *BMC Psychiatry*, 20(1), 271. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02676-z>

- Malogiannis, I. A., Arntz, A., Spyropoulou, A., Tsartsara, E., Aggeli, A., Karveli, S., Vlavianou, M., Pehlivanidis, A., Papadimitriou, G. N., & Zervas, I. (2014). Schema therapy for patients with chronic depression: A single case series study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *45*(3), 319–329.  
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.02.003>
- Masley, S., Gillanders, D., Simpson, S., & Taylor, M. (2011). A Systematic Review of the Evidence Base for Schema Therapy. *Cognitive behaviour therapy*, *41*, 185–202.  
<https://doi.org/10.1080/16506073.2011.614274>
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (Aufl.11.). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (Aufl. 6.). Weinheim: Beltz.
- Mörzl, K., & Von Wietersheim, J. (2008). Client experiences of helpful factors in a day treatment program: A qualitative approach. *Psychotherapy Research*, *18*(3), 281–293. <https://doi.org/10.1080/10503300701797016>
- Piaget, J. (1962). *Nachahmung, Spiel und Traum*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Pugh, M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical Psychology Review*, *39*, 30–41.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.04.003>
- Rafaeli, E., Bernstein, D. S., & Young, J. E. (2011). *Schema Therapy*. New York: Routledge.
- Reiss, N., Lieb, K., Arntz, A., Shaw, I. A., & Farrell, J. (2014). Responding to the treatment challenge of patients with severe BPD: Results of three pilot studies of inpatient schema therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *42*(3), 355–367.  
<https://doi.org/10.1017/S1352465813000027>
- Roediger, E. (2018). *Was ist Schematherapie? Eine Einführung in Grundlagen, Modell und Anwendung* (3. Aufl.). Paderborn: Junfermann.
- Roediger, E., Dörner, S., & Noyon, A. (2018). Wirksamkeit der Schematherapie im stationären psychotherapeutischen Setting. *Psychotherapeut*, *63*(5), 409–415.  
<https://doi.org/10.1007/s00278-018-0292-2>
- Roediger, E., & Jacob, G. (2011). *Fortschritte der Schematherapie: Konzepte und Anwendungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Roediger, E., & Valente, M. (2020). *Schematherapie*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

- Schultz-Venrath, U. (Hrsg.). (2011). *Psychotherapien in Tageskliniken: Methoden, Konzepte, Strukturen*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrische und Psychotherapeutische Tageskliniken (2020). *Rahmenempfehlungen*. Verfügbar unter: <https://www.sgppt.ch/sgppt-empfehlungen/>
- Sempértegui, G. A., Karreman, A., Arntz, A., & Bekker, M. H. J. (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical Psychology Review, 33*(3), 426–447. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.11.006>
- Simpson, S. G., Morrow, E., van Vreeswijk, M., & Reid, C. (2010). Group Schema Therapy for Eating Disorders: A Pilot Study. *Frontiers in Psychology, 1*, 182. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2010.00182>
- Smesny, S., & Valente, M. (2016). Variables Setting, gleiche Akzeptanz: Wie schematherapeutische Behandlungselemente in stationäre und tagesklinische Settings implementiert werden könne. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin, 37* (4), 450-465.
- Stahl, J. (1999). Die Bedeutung teilstationärer Angebote in der Gerontopsychiatrie. Beitrag präsentiert an der Zürcher Gerontologietagung, Zürich. Verfügbar unter: [https://www.zfg.uzh.ch/static/1999/stahl\\_teilstat.pdf](https://www.zfg.uzh.ch/static/1999/stahl_teilstat.pdf)
- Taylor, C. D. J., Bee, P., & Haddock, G. (2017). Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 90*(3), 456–479. <https://doi.org/10.1111/papt.12112>
- ten Napel-Schutz, M. C., Abma, T. A., Bamelis, L., & Arntz, A. (2011). Personality Disorder Patients' Perspectives on the Introduction of Imagery Within Schema Therapy: A Qualitative Study of Patients' Experiences. *Cognitive and Behavioral Practice, 18*(4), 482–490. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.04.005>
- Uchtenhagen, A. (1974). *Psychiatrische Institutionen in der Schweiz*. Aarau: Schweizerisches Krankenhausinstitut.
- van Vreeswijk, M. F., Spinhoven, P., Zedlitz, A. M. E., & Eurelings-Bontekoe, E. H. M. (2020). Mixed results of a pilot RCT of time-limited schema mindfulness-based cognitive therapy and competitive memory therapy plus treatment as usual for

- personality disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 11(3), 170–180. <https://doi.org/10.1037/per0000361>
- Videler, A., van Beest, K., Ouwens, M., Rossi, G., Royen, R., & Alphen, S. (2021). Adapting group schema therapy for older adults with personality disorders: Lessons learnt. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 14. <https://doi.org/10.1017/S1754470X21000325>
- Weiss, A. (2015). *Tageskliniken - was ist, was wirkt und was wird gebraucht?* [Dissertation, Universitätsspital Zürich]. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.4256.0488>
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum: Qualitative Social Research*, 1(1). <https://doi.org/10.17169/fqs-1.1.1132>
- Younan, R., Farrell, J., & May, T. (2018). ‘Teaching Me to Parent Myself’: The Feasibility of an In-Patient Group Schema Therapy Programme for Complex Trauma. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 46(4), 463–478. <https://doi.org/10.1017/S1352465817000698>
- Young, J. E. (1990). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-focused Approach*. Sarasota: Professional Resources Press.
- Young, J. E., & Klosko, J. S. (2006). *Sein Leben neu erfinden: Wie Sie Lebensfallen meistern* (6. Aufl.). Paderborn: Junfermann.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. (2008). *Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch* (2. Aufl.). Paderborn: Junfermann.
- Zeeck, A., Herzog, T., Kuhn, K., Hartmann, A., Scheidt, C., & Wirsching, M. (2002). Teilstationäre Psychotherapie. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 52(12), 492-499. <https://doi.org/10.1055/s-2002-36007>

## **Anhang**

**Anhang A:** Interviewleitfaden

**Anhang B:** Einwilligungserklärung

**Anhang C:** Kodierregeln

## Anhang A

### Interviewleitfaden Schematherapie im psychotherapeutischen Tagesklinik-Setting

**Fragestellung:** Wie wirken sich aus Patientensicht schematherapeutische Interventionen in einer Tagesklinik auf die Behandlung der Patienten und Patientinnen aus? Und inwiefern werden positive und/oder negative Veränderungsprozesse ausgelöst?

Im Vorfeld: Ziel der Arbeit erläutern; Einverständniserklärung (u. a. Anonymität); Freiwilligkeit; Danken für die Teilnahme usw.

Erfassen von Alter, Geschlecht, seit wann in der TA

Thema	Konkrete Fragen / Unterfragen	Ad hoc- / Steuerungsfragen
Einstiegsfrage	Wie wichtig sind für Sie die Schematherapie Gruppen auf einer Skala von 1 bis 10. (1 gar nicht wichtig; 10 sehr wichtig)	Warum?
Fragen zu der Psychoedukativen Gruppe Schematherapie PS	In der psychoedukativen Gruppe Schematherapie PS erarbeitet ihr praktisches und theoretisches Wissen: Gibt es etwas, dass Sie davon nicht vergessen wollen?	- Bsp: Schemata, Modusmodell (Kindmodi, gesunder Erwachsene...), Bewältigungsmodi - Warum ist Ihnen das wichtig?
	Was erleben Sie als besonders hilfreich in der PS?	Warum? Wie haben Sie die Begleitung erlebt
	Was erleben Sie als herausfordernd/problematisch?	Warum?
Schematherapie Mittwochnachmittag	Wenn Sie an die Schematherapie Gruppe (am Tag, Vor- o. Nachmittag) denken, was fällt ihnen dazu ein?	Welche Erfahrungen, Erlebnisse, Bilder Gedanken, Gefühle?

	Was haben Sie als schwierig empfunden?	Wie haben Sie die Begleitung erlebt? Warum? Bsp.
	Was haben Sie als hilfreich/gut empfunden?	Warum? Bsp.
Gruppe	Beides sind Gruppentherapien. Wie ist es für Sie gemeinsam in der Gruppe persönliche Themen schematherapeutisch zu erarbeiten?	Hinderlich? Unterstützend? Unangenehm? Verbundenheit? Usw.
	Können Sie von den anderen Gruppenmitglieder etwas lernen?	Falls ja, Bsp. Falls nein: Warum nicht?
Veränderungen durch ST	Hat Ihnen, das, was sie in der ST gelernt haben, schon in Alltagssituationen geholfen?	Falls ja: Können Sie mir ein Beispiel geben? Falls nein: Habe Sie eine Idee warum nicht?
	Sie sind seit ... in der TA. Haben Sie das Gefühl, dass die ST bei Ihnen Veränderungen ausgelöst hat?	Können Sie konkrete sagen, warum? Wie äussert sich das?
	Gibt es etwas, dass Sie in der ST gelernt, oder erlebt haben, dass Ihnen nicht weiterhilft?	
2 Abschlussfragen	Wenn Sie an die anderen Patienten und Patientinnen denken, was glauben Sie, würden diese über die ST sagen?	
	Gibt es noch etwas, was Sie über die Schematherapie sagen möchten?	

## Anhang B

### Informationen zur Einwilligung und zum Datenschutz

Im Rahmen meiner Masterarbeit an der Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Departement Angewandte Psychologie, untersuche ich aus Patientensicht die Wirksamkeit der Schematherapie im psychotherapeutischen Tagesklinik Setting. Dazu werde ich in der Tagesklinik für Erwachsene im Psychiatriezentrum Oberwallis Interviews führen.

Die Masterarbeit wird von mir, Mirjam Blatter, Studierende an der ZHAW Departement Angewandte Psychologie, geschrieben und von Prof. Dr. Hugo Grünwald betreut.

Der Datenschutz verlangt Ihre ausdrückliche Einwilligung, dass ich das Interview aufzeichnen, speichern und auswerten darf. Im Folgenden werden Sie zu den Rahmenbedingungen zur Kenntnis gesetzt:

Als Interviewerin unterliege ich der Schweigepflicht. Die Arbeit dient allein wissenschaftlichen Zwecken.

Ich versichere Ihnen folgendes Vorgehen:

- Ich gehe sorgfältig mit dem Erzählten um. Ich nehme das Gespräch mithilfe eines Tonträgers auf. Das Interview wird transkribiert und anschliessend gelöscht.
- Ich anonymisiere alle Personen-, Orts- und sonstige Angaben.
- Die Abschrift wird nicht veröffentlicht und ist nur projektinternen Personen zugänglich, welche der Schweigepflicht unterliegen.
- Zitate und Aussagen des Interviews werden in der Masterarbeit verwendet, ohne dass erkennbar ist, von welcher Person diese stammen.

Sie können Antworten einzelner Fragen verweigern. Die Einwilligungserklärung ist freiwillig und kann jederzeit von Ihnen widerrufen werden.

Ich bedanke mich sehr für Ihre Bereitschaft, mir Auskunft zu geben.

---

### Einwilligungserklärung

Ich bin über das Vorgehen informiert und damit einverstanden, dass einzelne Sätze, die aus dem Interview stammen, nicht mit meiner Person in Verbindung gebracht werden können und als Material für die Masterarbeit von Mirjam Blatter verwendet werden dürfen.

Unter diesen Bedingungen erkläre ich mich bereit, das Interview zu geben und bin damit einverstanden, dass es auf einen Tonträger aufgenommen, transkribiert, anonymisiert und ausgewertet wird.

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_



## Anhang C

### Kodierregeln

Kategorie	Kodierregeln/Definitionen	Ankerbeispiele
<b>Veränderung</b>		
<b>Hoffnung auf Behandlungserfolg</b>	Textstellen in denen Hoffnung durch schematherapeutische Interventionen zum Ausdruck kommen. Dazu gehören Erwartungen an die Schematherapie in Bezug auf positive Auswirkungen auf das Leben. Aussagen, die sich auf Zukunft richten, werden kodiert. Keine Aussagen zum Behandlungserfolg dürfen erfasst werden.	<p>„Weil das ist ja ein Prozess, der in Gang gesetzt wird [...] mein zukünftiges Leben hat jetzt diesen Baustein der Schematherapie und der hat dann auch Auswirkungen auf meine mentale Gesundheit.“ (B)</p> <p>„Also möglich ist [Veränderung] sicher [...] und ja, ich glaube das hilft schon sehr, die Schematherapie, weil ich das Gefühl habe, das ist ja die Basis von allem nachher.“ (H)</p>
<b>Behandlungserfolg</b>	Aussagen, die auf Behandlungserfolg hinweisen, werden kodiert. Das können Angaben zu den Symptomen sein oder Vergleiche zur Ausgangslage ihrer psychischen Gesundheit und ihrer jetzigen Verfassung. Diese Aussagen müssen sich immer auf Schematherapie beziehen. Allgemeine Aussagen zum Behandlungserfolg dürfen nicht kodiert werden.	<p>„[...] halt wegen meinen Selbstverletzungen, die ich mache. Aber das kommt auch immer weniger und vorher habe ich mich zum Beispiel immer eingeschlossen und mich selber verletzt. Jetzt [...] merke ich, das geht so vier, fünf Sekunden und dann kommt der gesunde Erwachsene und sagt, ‚hey nein, hör auf.‘“ (G)</p> <p>„Ja, also wenn ich jetzt vergleiche, wie ich gewesen bin und wie ich jetzt bin, ist das schon ein reisen Schritt, muss ich sagen. Darauf bin ich eigentlich stolz, dass das so gekommen ist. Manchmal hat der Kritiker das Gefühl, ich sollte sein, wie vor der Krankheit. Und das ist nicht realistisch.“ (J)</p>
<b>Sozialkompetenz</b>	Fertigkeiten, die für die Gestaltung sozialer Interaktionen nützlich oder notwendig sein können. Folgende Bereiche können kodiert werden, falls die Befragten Veränderungen aufgrund der Schematherapie wahrgenommen haben: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausdruck: kann sich ausdrücken und einbringen</li> <li>- Empfangen: kann zuhören, andere Gruppenmitglieder beobachten, Gruppenprozesse wahrnehmen</li> </ul>	<p>„Manchmal kann man sich schwer in den anderen hineinversetzen und mit Hilfe des Stuhldialogs kannst du dich ein bisschen besser hineinfühlen.“ (D)</p> <p>„Manchmal habe ich etwas Mühe mit dem Verstehen anderer. Aber ich lerne, dass das dann für [den anderen Patienten] in seinem Kopf so ist [...] da muss man sich manchmal sagen, ‚hey, es geht jetzt nicht um mich‘. [...] Und das berührt einfach immer wieder, wie man sieht, wie andere Menschen denken.“ (G)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Offenheit: Bereitschaft sich mit anderen auseinanderzusetzen</li> <li>- Kooperation: kann sich auf Handlungen anderer einstellen und anpassen; kann Verantwortlichkeiten erkennen</li> <li>- Gestaltung: kann Beziehung aufnehmen; sich in der Gruppe zurechtfinden</li> <li>- Identifikation: behält gute Balance zwischen Engagement und Abgrenzung in der Gruppe</li> </ul>	
<b>Neue Lösungsansätze</b>	<p>Aussagen, die erkennen lassen, dass durch die Schematherapie neue Handlungsoptionen möglich werden.</p> <p>U. a. Berichte über Situationen in denen die Befragten auf Grund der Schematherapie anders reagierten oder sich neue Problembewältigungsstrategien angeeignet haben. Inkl. Aussagen zu Bewältigungsreaktionen und Modusmodell in Anwendung</p>	<p><i>„Wenn der Antreiber kam, der gesagt hat, du musst wieder mehr machen, [dann] habe ich mir wirklich gesagt, ‚nein stopp, du darfst mal geniessen, einmal gemütlich sein, einmal nicht machen‘. Und gerade so im Umgang mit dem Kritiker hilft mir das extrem.“ (J)</i></p> <p><i>„Also ich habe zwei, drei Wochen nicht in meinen Briefkasten geschaut und dann habe ich mal geschaut und dann waren da vier Rechnungen, die schon überfällig waren. Und dann kam natürlich der Kritiker. Du bist schlecht, du schaffst es nicht einmal, deinen Briefkasten zu leeren und so weiter. Und dann habe ich mich an die Schematherapie erinnert und dachte mir so: Okay, gesunder Erwachsener, wo bist du?“ (E)</i></p>
<b>Emotionsregulation</b>	<p>Prozesse, die mit Hilfe der Schematherapie die Art, die Intensität oder die Dauer von Emotionen positiv beeinflussen. Emotionen werden hier mit Gefühlen gleichgesetzt.</p>	<p><i>„Ja. Also das Benennen tut gut, dass man weiss, was jetzt los ist. Weil ich [bin] häufig [...] unzufrieden gewesen und habe gar nicht gewusst wieso. Und jetzt kann ich sagen, jetzt bin ich im traurigen Kind und darf auch mal traurig sein.“ (F)</i></p>
<b>Selbsterkenntnis</b>	<p>Berichtete Selbsterkenntnis durch die Schematherapie in Bezug auf die eigene Entwicklungsgeschichte, das eigenes Sein, das Verhalten, der emotionalen Reaktionen, der eigenen Fähigkeiten, der eigenen Einstellungen, der Entstehung der Krankheitsgeschichte usw. Inkl. Erkenntnisse aufgrund des Schemamodells, des Modusmodells oder anderen schematherapeutischen Konzepten</p>	<p><i>„[Die Schematherapie] hat mir jetzt bei der Auseinandersetzung mit meinem Vater und auch mit meinem eigenen Begreifen meiner Schemen [geholfen], damit ich weiss, wie ich [...] funktioniere.“ (B)</i></p> <p><i>„Man versteht, wieso man in eine Depression reingefallen ist, und geht quasi auch in die Kindheit zurück und [lernt], was man für Schema hat und wie die sich nachher auswirken können [...] und das hilft eigentlich nachher auch im Alltag für eben die Situation und sich zu verstehen.“ (H)</i></p>

<b>Selbstbewusstsein</b>	Aussagen, die einen Gewinn an Selbstbewusstsein durch die Schematherapie aufzeigen. Selbstbewusstsein im Sinne von einem Überzeugtsein von seinen Fähigkeiten und von seinem Wert als Person. Kann sich in persönlicher Einstellung, aber auch in konkreten Situationen, in denen selbstbewusst gehandelt wird, äussern. Beispielsweise indem für die eigenen Bedürfnisse eingestanden wird.	„Es war um Weihnachten als [meine erwachsene Tochter] wieder anfang, alles zu kritisieren [...] dann habe ich sie zum ersten Mal aus meiner Wohnung geworfen. [...] Sonst, wenn ich nicht hier gewesen wäre, hätte ich das, glaube ich, alles erduldet, ertragen. [Die Schematherapie] hat mir einfach Mut gemacht, Zuversicht, Stärke gegeben [...] Ich bin ja meistens das [...] verletzte Kind. Und da habe ich wirklich mal sagen dürfen, jetzt bin ich mal der gesunde Erwachsene.“ (C)
<b>Keine Veränderung oder Verschlechterung</b>	Berichte, in denen die befragte Person keine Veränderung aufgrund der Schematherapie erkennt. Inkl. Zweifel und Kritik an die Schematherapie oder Aussagen, dass die Schematherapie zu Verschlechterungen der psychischen Gesundheit oder zu anderen negativen Konsequenzen führte.	„In der Theorie [...] kann ich das, glaube ich, ziemlich gut, aber nicht im Alltag. Weil in der Theorie ist bald mal klar, was man sagen sollte und was machen und so. Aber bei mir selber nachher ist der gesunde Erwachsene [...]jirgendwo weit weg.“ (H)  „Der gesunde Erwachsene fehlt mir ziemlich viel. Es ist einfach nicht einfach, so wie es theoretisch dargestellt ist [...] Mein ganzes Denkmuster geht auf den Kritiker und das wegzubekommen [...] ist sehr schwierig. [...] da bin ich auch ein bisschen hilflos.“ (D)
<b>Unterstützende Faktoren</b>		
<b>Gruppenerfahrung</b>	Erfahrungen in der Schematherapiegruppe, die die Gruppenerfahrungen betreffen, wie erfahrene Unterstützung, Vergleiche, Gefühl von Verbundenheit, Lerneffekte, Motivation, Vorbilder, Sicherheit, Akzeptanz usw. Negative Gruppenerfahrungen werden bei den hinderlichen Faktoren kodiert.	„Man kann eigentlich von jedem Patienten etwas herausnehmen. Eines oder das andere bleibt hängen.“ (C)  „Und seitdem [er seinen Fall gebracht hat], sehe ich wirklich, wie er sich so positiv verändert hat, obwohl er sich extrem dagegen gewehrt hat und jetzt, ja, ich nehme mir wirklich ein Beispiel an ihm. Also wirklich die Gruppe hilft extrem.“(G)  „Ein Vertrauen, aber auch ein Mitfühlen. Also wenn man weiss, jetzt kommt das Thema und so und das könnte bei dem kritisch werden und ja, dann fiebert man mit dem mit.“ (A)

<b>Aufbau, Struktur</b>	Unterstützende Faktoren in Bezug auf den Aufbau der Schematherapiegruppen (Ablauf, Pädagogik, Dauer, Gruppenzahl usw.) sowie unterstützende Faktoren in Bezug auf die tagesklinische Struktur, welche förderlich für die schematherapeutischen Prozesse waren (Pausen, Wochenenden und Abende Zuhause, usw.)	<p>„Also, so wie es von den Therapeuten gemacht worden ist, war sehr hilfreich. Es war immer ein bisschen anders gewesen. Einmal haben wir Gruppenarbeit gemacht, dann wieder Einzelarbeit.“ (A)</p> <p>„Weil bei der Theorie hat man wieder was Neues gelernt und ein anderes Mal ist man in der Praxis auf dem Stuhl und dann denkt man, ah ja. Da haben wir jetzt dieses Muster oder so. Methodisch hilft mir das.“ (B)</p>
<b>Nötige Konfrontation</b>	Konfrontationen in der Schemagruppentherapie (mit Gefühlen, eigenen Schema, Bewältigungsstilen usw.), welche als nötig erachtet werden für positive Veränderungsprozesse. Das beinhaltet auch Konfrontationen, die unangenehm sind und Überwindung kosten. Hierbei sollen keine Konfrontationen mit anderen Personen kodiert werden.	<p>„Es ist heftig, es ist intensiv, aber man muss sich darauf einlassen. Und du wirst sehen, es wird dir weiterhelfen.“ (E)</p> <p>„Und hilfreich ist eben mit seinen Themen konfrontiert zu werden. Manchmal ist es ein unangenehmes Gefühl, aber irgendwie doch im positiven Bereich.“ (F)</p>
<b>Schematherapeutische Interventionen</b>	Textstellen in denen deutlich wird, dass die schematherapeutischen Interventionen der psychoedukativen oder erlebnisbasierten Schematherapiegruppe zu positiven Veränderungsprozessen beigetragen haben.	<p>„Ja es ist einfach, auch wenn es nicht mein Fall ist, irgendwie kann man sich bei einem anderen Fall immer hineinversetzen und denken, mir geht es eigentlich gleich. Das wird einfach so präzise und klar dargestellt. Dass es dich fast nicht nicht berühren kann. [...] Es hilft mir Emotionen zu zulassen. Ich kann halt nicht so Emotionen zeigen.“ (F)</p> <p>„Jedes Mal wenn so eine Versorgung von dem gesunden Erwachsenen kommt, denke ich einfach, hey nimm das für dich. Nimm das für dich. Irgendwie habe einfach gefühlt, das ist genau das, was ich brauche und genau das was mir hilft.“ (G)</p>
<b>Material</b>	Aussagen über die abgegebenen Materialien in den Schematherapiegruppen (inkl. Fragebögen, Dossiers usw.), welche als unterstützend erachtet werden.	<p>„Man hat immer sein Dossier und man hat immer etwas, wenn man auch zuhause ist, wenn man mal irgendwo merkt, spürt, ich bin jetzt auf dem falschen Weg und dann kann man sich nochmal damit hinsetzen.“ (B)</p>
<b>Beziehungen zum Therapeutenteam</b>	Textstellen bei denen die Begleitung durch das Behandlungsteam in den Schematherapiegruppen positiv wahrgenommen wird. (Inkl. <i>empathischen Konfrontation</i> und die	<p>„Ich hatte meine Bezugsperson neben mir gehabt. Mit ihr zusammen bin ich dann hineingegangen [...] ja also ich habe das sehr ersorgt. Aber die hat mir wirklich geholfen.“ (A)</p>

	Anwendung der <i>begrenzten nachträglichen elterlichen Fürsorge</i> ).	„Und der Therapeut hat mich dann noch herausgefordert und gesagt. Jetzt bist du wütend. Und dann habe ich gesagt, ja jetzt bin ich wirklich wütend.“ (C)
<b>Schematherapeutisches Wissen</b>	Berichte über das schematherapeutische Wissen und inwiefern dieses als förderlicher Faktor für Veränderungsprozesse wahrgenommen wird. (Inkl. Schema, Modi, Bewältigungsstile usw.)	„Weil es die Theorie eigentlich schon braucht, dass man das lernt, umzugehen mit dem. Das du eben genau die verschiedenen Schemas und die Modis und das wirklich einmal kennenlernenst. [...] Es regt dich halt an, dass man ein bisschen über die Vergangenheit, in der Kindheit nachdenkt, von wo könnte was kommen.“ (D)  „[...]ich habe manchmal als Wochenziel genommen, bewusst wahrnehmen, wann der gesunde Erwachsene da ist. Manchmal hat man das Gefühl, der ist nie da, aber eigentlich ist der viel da. Das Wissen um ihn hilft mir wirklich extrem.“ (J)
<b>Hinderliche Faktoren</b>		
<b>Negative Gefühle</b>	Aussagen über negative Gefühle in Bezug auf die schematherapeutischen Interventionen. Diese können sich vor, nach oder während der Schematherapiegruppe äussern. Auch allgemeine negativen Gefühle, die aufgrund der Schematherapie entstehen, sollen hier kodiert werden. Beispiele für negative Gefühle: Ängste, Scham, Widerwillen, Wut usw.	„Naja. Zum Anfang eben vielleicht, wenn man Scham hat vor Gefühlen zu zeigen, dann [...] kostet das Überwindung.“ (B)  „Also was schwierig war. Am Anfang [...] sich diesen Gefühlen zu stellen. Sich wirklich darauf einlassen können. [...] Ja das hat schon Angst gemacht, sich mit dem auseinanderzusetzen. Und so tief zu, wie sagt man, so tief zu wühlen so in einem selber.“ (F)
<b>Verständnisprobleme</b>	Aussagen über Verständnisschwierigkeiten bezüglich schematherapeutischer Themen (inkl. Schwierigkeiten mit Begrifflichkeiten). Dies bezieht sich auf die kognitive Ebene.	„Das muss ich wirklich sagen. Ich habe am Anfang diese Modis und von dem Schema und das alles war [...] noch Bahnhof. Jetzt versteht man es eigentlich ziemlich gut.“ (E)  „Ich glaube, es braucht zwei, drei Mal, bis man es so ein bisschen versteht. Am Anfang [...] versteht man eigentlich sehr wenig und danach, je länger man da ist, umso mehr versteht man.“ (C)

<b>Intensive Gefühle</b>	Anders als bei der nötigen Konfrontation werden hier das Erleben von zu intensiven Gefühlen in den schematherapeutischen Interventionen oder der Auseinandersetzung mit schematherapeutischen Themen (z. B. eigene Schemata) kodiert, welche als Grenzerfahrungen erlebt werden.	<i>„Da habe ich am Morgen der erste Gedanken, am Abend der letzte Gedanken, wo ich über diesen Unsinn Mittwochnachmittag nachdenke. Ich finde das einfach, für mich persönlich ist das zu belastend, diese intensiven Gefühle. Ich werde das, glaube ich, auch nie wirklich mögen.“ (D)</i>  <i>„[Dieser Patient] hatte brutale Aussagen vom Kritiker gehabt, ganz brutale. Und das hat mir weh getan, weil ich vor ein paar Jahren auch noch so einen Kritiker hatte. Und das dann so zu sehen. [...] Das ist schon fast zu viel gewesen.“ (F)</i>
--------------------------	--	---

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift:

A handwritten signature in blue ink, consisting of several overlapping loops and lines, positioned to the right of the 'Unterschrift:' label.