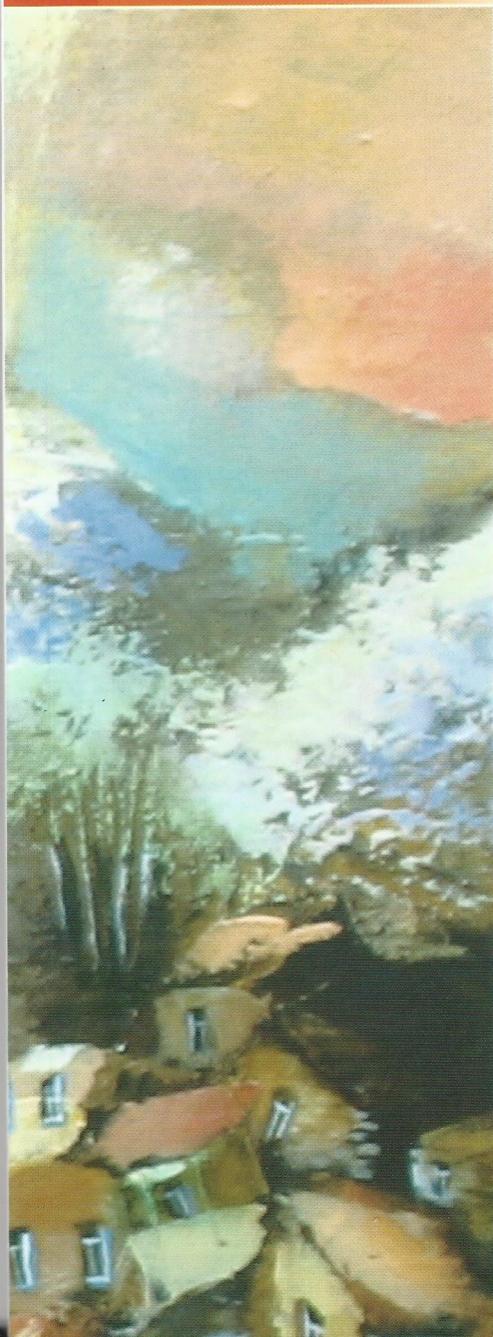


VERHALTENSTHERAPIE & VERHALTENSMEDIZIN

ISSN 1865-9985

37. Jahrgang · 2016 · Heft 4



Invited Review

Korrelboom, K.: Exposition und Reaktionsverhinderung mit biografischer Exploration bei Zwangsstörungen

Originalia

Zarbock, G.: Die Selbst-Regulations-Hierarchie (SRH) – Ein Konzept für die Arbeit mit Grundbedürfnissen, Emotionen und Bewältigungsreaktionen in Therapie und Supervision

Laessle, R. G. & Preuss, A.: Stressinduzierter Alkoholkonsum bei Frauen und Männern – eine Laborstudie

Beitrag zur Fortbildung

Köhler, T.: Biologische Grundlagen psychischer Störungen: Beitrag 14: Affektive Störungen (5. Teil)

Fallbericht

Müller, M.: Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung einer Patientin mit Bulimia nervosa im ambulanten Setting

Schematherapie

Smesny, St. & Valente, M.: Variables Setting, gleiche Akzeptanz – Wie schematherapeutische Behandlungselemente in stationäre und tagesklinische Settings implementiert werden können

Ax-Jaeger, A.: Schematherapie und körpertherapeutische Interventionen – ein Ansatz zur Integration

Zarbock, G. & Hampel, J.: Modus des Impulsiven, Distanzierten und Dissoziierten Beschützers
Die Vermeidungsuhr

Highlights der Psychotherapieforschung

Ein neues Aufmerksamkeitstraining: operante Konditionierung von Blickbewegungen

Wer hat Angst vorm bösen Hund? Analogstudien zur Reduktion von Furchtlernen durch positives Modellernen und vorherige Beobachtungen

Bedrohliche Gesichter fesseln die Aufmerksamkeit sozial ängstlicher Personen

Herausgegeben von Reinhard Pietrowsky

VARIABLES SETTING, GLEICHE AKZEPTANZ –
WIE SCHEMATHERAPEUTISCHE BEHANDLUNGSELEMENTE
IN STATIONÄRE UND TAGESKLINISCHE SETTINGS
IMPLEMENTIERT WERDEN KÖNNEN

STEFAN SMESNY¹ & MATIAS VALENTE^{2*}

¹ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Jena

² Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
Klinikum am Weissenhof

ZUSAMMENFASSUNG: Die Wirksamkeit von Schematherapie zur ambulanten Behandlung von Persönlichkeitsstörungen konnte in den letzten Jahren nachgewiesen werden. Sie eignet sich aber auch sehr gut für die Anwendung in stationären Settings. Im vorliegenden Artikel werden die Besonderheiten der Umsetzung des schematherapeutischen Ansatzes in einer vollstationären psychosomatischen Klinik und in einer psychiatrischen Tagesklinik beschrieben, die wesentlichen Gemeinsamkeiten und Unterschiede herausgearbeitet und übereinstimmende Akzeptanzfaktoren zusammengefasst.

SCHLÜSSELWÖRTER: Schematherapie, stationäre Psychotherapie, Persönlichkeitsstörung, Gruppe

POSITIVE ACCEPTANCE IN SPITE OF DIFFERENT SETTINGS –
COMPARING THERAPEUTICAL SPECIFICS OF THE SCHEMA THERAPY APPROACH
IN A PSYCHOSOMATIC INPATIENT AND A PSYCHIATRIC DAY CLINIC SETTING

ABSTRACT: Over the last years Schema Therapy has been proven to be an effective treatment of personality disorders in outpatient settings. Meanwhile, Schema Therapy has also been adapted for the application in inpatient treatment settings as well as for outpatients in a day clinic care. This paper presents the main characteristics of Schema Therapy in a psychosomatic inpatient unit and in a psychiatric day clinic, showing similarities and differences, and exploring main factors of its positive acceptance in both settings.

KEYWORDS: inpatient psychotherapy, day clinic, Schema therapy, personality disorder, group

1 EINFÜHRUNG

Intensive Psychotherapie wird im deutschsprachigen Raum nicht nur ambulant, sondern auch sehr häufig in stationären Settings angeboten. Dies stellt eine Besonderheit dar (Spitzer, Rullkotter & Dally, 2016). In den letzten Jahren konnten mehrere ambulante psychotherapeutische Methoden, wie etwa CBASP für chronifizierte depressive Störungen (Hellerstein, 2008; Brakemeier et al., 2015) und DBT für emotional-instabile Persönlichkeitsstörungen vom Borderline-Typ (Bohus et al., 2004) für die stationäre Anwendung adaptiert werden. Für die verhältnismäßig „junge“ Schematherapie (ST) steckt diese Entwicklung noch in den Anfängen. Die Wirksamkeit ambulanter ST bei Cluster-B- und -C-Persönlichkeitsstörungen konnte bereits in verschiedenen kontrolliert-randomisierten Studien nachgewiesen werden (Giesen-Bloo et al., 2006; Farrell, Shaw & Webber, 2009; Bamelis, Evers, Spinhoven & Arntz, 2014). Für die stationäre Anwendung finden sich bis dato nur Pilotstudien (Reiss, Lieb, Arntz et al., 2014; Hofgart, Lunding & Hoffart, 2016; Thiel et al., 2016), von denen allerdings eine die Wirksamkeit bei Patienten zeigen konnte, die auf ambulante Psychotherapie nicht respondierte hatten (Schaap, Chakhasi & Westerhof, 2016). Eine multizentrische Wirksamkeitsuntersuchung für definierte Patientengruppen und unter Anwendung eines vereinheitlichten therapeutischen Vorgehens steht bislang aus. Ebenso finden sich bisher keine systematischen Untersuchungen zur tagesklinischen (teilstationären) Anwendung.

WIESO SCHEMATHERAPIE IN EINEM STATIONÄREN SETTING?

Der schematherapeutische Behandlungsansatz bietet sich gerade wegen seiner Vielseitigkeit bei der Therapie schwerer Persönlichkeitsstörungen zur Anwendung in (teil)stationären Behandlungssettings an. Dies ergibt sich bereits aus der Patientengruppe selbst, welche zumeist hinsichtlich Schweregrad und Komplexität ausgeprägte Störungen aufweist und damit einen intensiven Behandlungsaufwand und ein Behandlungskonzept erfordert, welches – wie die Schematherapie – viele Teilaspekte konsistent integrieren kann. Einerseits ist in psychiatrischen Erstversorgungskrankenhäusern der Anteil an Patienten mit zur Achse-I-Störung hinzukommenden Persönlichkeitsakzentuierungen/-störungen hoch, was den Therapieverlauf stark beeinflussen kann (Benjamin & Strand, 1998; Bahorik & Eack, 2010; Bock, Bukh, Vinberg et al., 2010; Telch, Kamphuis & Schmidt, 2011; Moradveisi, Huibers, Renner et al., 2013). Andererseits finden sich bei Patienten mit dem Behandlungsanliegen einer Persönlichkeitsstörung, insbesondere bei Borderline-Störungen, hochfrequent und oftmals in starker Ausprägung Achse-I-Störungen, vor allem affektive und psychotische Störungen, Substanzgebrauch, Angst- und Zwangsstörungen, Essstörungen und ADHS (Grilo, McGlashan & Skodol, 2000; Barnow, Arens, Sieswerda et al., 2010; Gianoli, Jane, O'Brien & Ralevski, 2012; Latalova, Prasko, Kamaradova et al., 2013; Schroeder, Fisher & Schafer, 2013; Asherson, Young, Eich-Hochli et al., 2014; Kienast, Stoffers, BERPohl & Lieb, 2014; Starcevic & Brakoulis, 2014; Yoshimatsu & Palmer, 2014; Frias & Palma, 2015; Wetterborg, Langstrom, Andersson & Enebrink, 2015; Matthies & Philipsen, 2016). Nicht zu vergessen ist das sehr häufige (min-

destens 50%ige) Auftreten von mehr als einer Persönlichkeitsstörung bei ein und demselben Patienten, auch clusterübergreifend (Bronisch, 2005). Beispielsweise wurden in einer großen Stichprobe von stationären psychiatrischen Patienten bis zu sieben verschiedene Persönlichkeitsstörungen pro Patient beschrieben (Loranger et al., 1994).

Stellt man sich diesem Versorgungserfordernis, dann bietet gerade die Anwendung schematherapeutischer Strategien im stationären Behandlungssetting die Möglichkeit, der „Breite der Psychopathologie“ (Dolan, Evans & Norton, 1995) gerecht zu werden bzw. komplexe komorbide Störungen integriert zu behandeln. Da das Schematherapie-Modell unspezifisch und störungsübergreifend auch in diagnostisch inhomogenen Settings anwendbar zu sein scheint, ist es möglicherweise auch leichter zu implementieren.

Auch im umgekehrten Sinne eignet sich ein stationäres Setting für die Anwendung von Schematherapie sehr gut. Einerseits aufgrund der Behandlungsmultimodalität, welche korrektive Beziehungserfahrungen nicht nur mit einer, sondern mit mehreren Personen ermöglicht. Im multimodalen Setting können darüber hinaus die Effekte der Einzel- und Gruppenschematherapie durch den Einsatz nonverbaler Medien wie z.B. Musik, Kunst oder Bewegung vertieft und verdeutlicht werden. Andererseits aufgrund der therapeutischen Gemeinschaft: Die dichte Zusammenarbeit mit weiteren Patienten führt häufig zu Konflikten und Eskalationen, bietet zugleich allerdings die Möglichkeit, neue korrektive Erfahrungen mit der „Peergroup“ zu sammeln.

Die Besonderheiten der praktischen Anwendung von ST im vollstationären Setting unter Berücksichtigung störungsspezifischer Aspekte wurden bereits von Reusch und Valente (2015) dargestellt.

In Anknüpfung an eine ausführliche Beschreibung der allgemeinen Vor- und Nachteile der Anwendung von ST im vollstationären Setting (Valente, 2015) sollen in diesem Artikel nun die wesentlichen Gemeinsamkeiten und Unterschiede der vollstationären bzw. teilstationären Anwendung von ST am praktischen Beispiel erarbeitet werden. Hierzu werden die Behandlungskonzepte der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums am Weissenhof in Weinsberg und der Allgemeinpsychiatrischen Tagesklinik der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Jena vergleichend dargestellt.

2

DIE STANDORTE

2.1

STANDORT WEINSBERG (VOLLSTATIONÄRES SETTING)

Die *vollstationäre* Behandlungseinheit der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums am Weissenhof besteht aus 24 Behandlungsplätzen und ist damit verhältnismäßig klein. Circa ein Drittel der Patienten wird schematherapeutisch behandelt. Das Klinikum befindet sich in einer eher ländlichen Gegend und verfügt über eine sehr große Parkanlage, welche für die Durchführung von fachtherapeutischen Aktivitäten zur Verfügung steht. Die Klinik verfügt über eine langjährige verhaltenstherapeutische Tradition, unter anderem mit einem DBT-Schwerpunkt zur Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen.

Die Einführung von Schematherapie erfolgte im Jahre 2005. Durch ein intensives (d.h. mehrere Workshops zu Theorie und Praxis umfassendes) Inhouse-Training und die anschließende mehrjährige

Supervision unter Kooperation mit dem IST-Frankfurt (Dr. Eckhard Roediger) wurde das gesamte Team sowohl theoretisch als auch praktisch ausgebildet. So konnte im Laufe der Jahre ein in der Praxis sehr gut erprobtes multimodales Konzept entstehen.

2.2 STANDORT JENA (TEILSTATIONÄRES SETTING)

Die am Standort Jena vorgehaltene *tagesklinische* Behandlungskapazität umfasst 30 Behandlungsplätze, von denen jeweils ca. 15 Patienten mit schematherapeutischem Schwerpunkt behandelt werden. Ähnlich wie die Weinsberger Klinik verfügt die Tagesklinik v.a. über eine mehrjährige verhaltenstherapeutische Tradition. In den letzten Jahren konnte eine deutliche Zunahme der Einweisungen mit komorbiden oder komplexen Achse-II-Störungen bei einem (wie für Universitätsstädte typisch) jugendlichen Bevölkerungsprofil (ca. 25.000 Studenten bei 100.000 Einwohnern) festgestellt werden. Dieser Therapiebedarf schlug sich in der Konzeptbildung nieder. Außerdem finden die meisten jungen Patienten trotz offensichtlicher Bedürftigkeit meist gute Gründe, sich abgesehen von akuten Krisen nicht in vollstationäre Behandlung zu begeben.

Die Einführung von Schematherapie erfolgte im Jahre 2011. Ziel war es, ein Konzept zu entwickeln, welches die Innovationen der Schematherapie integriert, aber auch der Versorgungsrealität einer Universitätsklinik mit Pflichtversorgungsauftrag und umfangreichen Ausbildungs- und Lehraufgaben Rechnung trägt. So wurde 2011 im Zuge eines Co-Therapeuten Ausbildungscurriculums (vier mehrtägige Workshops mit Vermittlung von Theorie, Praxisarbeit in Kleingrup-

pen und Selbsterfahrung sowie Supervision; s. a. ISST-Ausbildungsleitlinien für Co-Therapeuten) unter Kooperation mit dem IST-Frankfurt (Dr. Eckhard Roediger) und dem IST Stuttgart (Yvonne Reusch, Dr. Matias Valente) bzw. unter kontinuierlicher Beratung durch den Co-Autor (Dr. Matias Valente) mit der schrittweisen Implementierung schematherapeutischer Behandlungselemente begonnen. Das Konzept ging dahin, dass durch ineinander greifende Einzel- und Gruppentherapieerfahrungen, durch die multiplen Interaktionen in der Klinik, aber auch durch die unmittelbaren Übungsmöglichkeiten an den Abenden/Wochenenden zuhause eine verdichtete und damit intensiviertere Therapieerfahrung entsteht, welche bereits im Zeitrahmen von drei Monaten klare und nachhaltige Behandlungsfortschritte ermöglicht.

3 FORMALE UND INHALTLICHE ASPEKTE

Während die eine Einrichtung aus der vollstationären psychosomatischen Therapietradition zur Schematherapie kam, entwickelte sich die andere aus einem teilstationären Versorgungserfordernis hin zur Schematherapie. Die Ausgangsbedingungen beider Einrichtungen, z.B. hinsichtlich der Gewichtung von Einzel- und Gruppentherapieanteilen, waren also in vielerlei Hinsicht sehr unterschiedlich. Übereinstimmend sind beide Einrichtungen mit Akutversorgungsmöglichkeiten assoziiert und beide Einrichtungen bauten ihre Neuerungen auf einem verhaltenstherapeutischen Grundkonzept auf. In Tabelle 1 sind die beiden Settings sowohl hinsichtlich formaler Aspekte, Versorgungsbeitrag und Teamvariablen als auch der konkreten Umsetzung von Schematherapie gegenübergestellt.

Tabelle 1: Formale Aspekte

	PSM Weinsberg	TK Jena
Setting	Vollstationär	teilstationär/tagesklinisch (täglich Mo-Fr 8.00-16.00 Uhr)
	Institutionell weitgehend autark	an Uniklinik mit Ausbildungsauftrag assoziiert
Gesamte Einrichtung		
Behandlungsplätze/Betten	24	30
Versorgungsauftrag	Akutversorgung, elektive Aufnahmen, heterogene Patientengruppe, verschiedene Diagnosen und Behandlungsschwerpunkte	
Multidisziplinäres Team	Ärzte, Psychologen, Pflege, Fachtherapeuten	
Personalschlüssel Ärzte/ Psychologen/Pflege/andere [in vollen Stellen]	2/2, 25/7, 3/2	1, 4/2, 3/3, 2/3, 3
Personalfluktuations	insgesamt stabiles Team (1 Rotationsstelle für Assistenzärzte, PPIAs sind nicht fallführend)	Rotation von Assistenzärzten (1 J.) und PiP (½ J.)
Behandlungsdiagnosen in 2014 [alle > 5%]		
Depressive Störungen	62	77
Persönlichkeitsstörungen insgesamt	43	57
Emotional instabile Persönlichkeitsstörungen	20	27
Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen	20	22
Kombiniert und andere Persönlichkeitsstörungen	3	8
Angst- und Zwangserkrankungen	32	14
Posttraumatische Belastungsstörung	23	9
Störungen durch Substanzgebrauch	9	17
Somatoforme Störungen	12	6
Essstörungen	12	3
ADHS im Erwachsenenalter	3	7
Demographie		
Alter im Mittel	33 J.	36 J.
Geschlecht	70% (weiblich)	64% (weiblich)
Behandlungsdauer im Mittel [alle Patienten in 2014]	58 Tage	43 Tage
Teilbereich Schematherapie		
ST-Behandlungsplätze	8-10	15-20
Einweisungsmodus	Fremd- oder Selbsteinweisung mit Vorgespräch	
ST-Behandlungsdauer	12 Wochen (bzw. 60 Werkzeuge in TK)	

Tabelle 2: Organisatorische Umsetzung von Schematherapie

	PSM Weinsberg	TK Jena
Schematherapie (ST) seit:	2005	2011
Therapieanteile (Einzel/Gruppe)		
Philosophie	„therapeutische Kleinfamilie“	
Therapiedauer	12 Wo	
Einzel- vs. Gruppentherapie	mehrheitlich Einzel	mehrheitlich Gruppe
ST Einzel/Wo (Arzt/Psychologe)	2-3 x à 50 min.	1 x 50 min., nach Bedarf doppelt
ST Einzel/Wo (Co-Therapeut)	2-3 x à 50 min.	1 x 30 min. (evtl. auch 2 x 15)
ST Gruppe	2 h/Wo erlebnisorientiert, 1 h/Wo edukativ	2 h/Wo erlebnisorientiert
Fachtherapien (s.a. Abbildung 1 und 2)	keine Trennung zwischen ST-Patienten und Patienten mit anderen Schwerpunkten	ST-Patientengruppe als Einheit (slow-moving)
Achtsamkeitstraining	2 h/Wo	2,5 h/Wo + 15 min Übzeit täglich
kommunikative Bewegungstherapie	1-2 h	2,5 h (z.T. gemeinsam mit Kita-Kindern)
Musiktherapie	1,5 h	1 h
Kunsttherapie	2 h	1-2,5 h
Körpertherapie	1 h (Einzel)	–
Selbstbeobachtungs-/reflexionszeit	nach Bedarf, nicht systematisiert	1 h/Tag
Andere Gruppentrainings (soz. Kompetenz, Genuss, Stresstoleranz, Skills etc.)	als Indikationsgruppen auch für andere Patienten verfügbar, d.h. nicht spezifisch für ST-Patienten	
Therapeutische Kerntechniken		
Therapiebeziehung	„Begrenzte Nachbeileitung“ (Empathie, Akzeptanz, Begrenzung und empathische Konfrontation, modellhafter Umgang mit Emotionen, Selbstoffenbarung)	
Erlebnisbezogene Arbeit	Imaginationsübungen, Stuhldialoge, Rollenspiele. Kreative Verfahren, Einbeziehung moderner Medien, „Impact-Techniken“	
Kognitive Arbeit	Aufklärung und Psychoedukation (z.B. zum ST-Modell, zu emotionalen Grundbedürfnissen). Beziehungssetzung zur Biographie, Mikroanalysen und „Flashcards“, Selbstbeobachtungsprotokolle, Aktivitätsplanung, kognitive Umstrukturierung (Pro-Contra, empathische Disputation, Realitätsüberprüfung, Perspektivwechsel)	
Verhaltensveränderung	Training konkreter Fertigkeiten: Stresstoleranz-Techniken, Aufmerksamkeitslenkung, soziales Kompetenztraining. Planung und Umsetzung neuer Verhaltensweisen im Alltag	
Pharmakotherapie	selten (meist Antidepressiva)	

(Forts. nächste Seite)

Tabelle 2 (Forts.)

	PSM Weinsberg	TK Jena
Qualitätssicherung		
Teambesprechungen	Tägliche Kurzbesprechungen am Morgen (Übergabe aus dem Spät- und Nachtdienst). Therapiebesprechung 3 h/Wo.	2 (2 + 3 h/Wo)
Visiten	2 x Wo (à ca. 10 min/Pat.)	1 x Wo (15-20 min/Pat.)
Intervision (ausführliche Besprechung eines Falls im Team)	1 x Mo (1 h)	alle 2 Wo für 1-1,5 h
Interne Fallsupervision durch zertifizierten Schematherapeuten	bedarfswise jederzeit möglich, d.h. täglich	
Externe Fallsupervision	1,5 h/monatlich	6x/Jahr für 1,5-2 h
Externe Teamsupervision	1,5 h/monatlich	2-3x/Jahr für 1,5 h
Teambildende Aktivitäten	Nicht systematisch	2-3x /Jahr für 1 d
Belastungen und Ressourcen		
Gefahren/häufige Belastungsquellen	<ul style="list-style-type: none"> - Zusammenleben mit 23 weiteren Patienten - Übernachtung in einem 2- bis 3-Bett-Zimmer - Wenig Privatsphäre 	<ul style="list-style-type: none"> - Tägliche Übernachtungen im häuslichen Setting nötig - Kein eigener Rückzugsraum, da kein Bettenplatz - Begrenzte Abschirmung von häuslichen Belastungen - Tägliche Anfahrt nötig
Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> - Überwachungsmöglichkeiten besser, schnellere Kriseninterventionen incl. Verlegung auf geschützte Station - Distanzierung zum Alltag ermöglicht intensivere Fokussierung auf Modifikation dysfunktionaler Muster 	<ul style="list-style-type: none"> - Tägliche Übernachtungen im häuslichen Setting möglich - täglicher Transfer der Therapieerfahrungen in individuellen Alltag möglich - Entlassungsvorbereitung leichter, da ununterbrochener Bezug zum eigenen Umfeld

Tabelle 3: *Behandlungsfoki*

Woche	Fokus	Inhalte
1	Stabilisierung und Diagnostik	1) Anamneseerhebung, Beziehungsaufbau. 2) Stabilisierung und Umgang mit emotionalen Aktivierungen durch vielfältige neue Interaktionen/Gruppensituationen sowie durch die Erfahrung der „Entschleunigung“ (d. h. die „Konfrontation“ mit geregelten Pausen). 3) Computerbasierte Psychodiagnostik (z.B. Persönlichkeitsstil- und Störungsinventar (PSSI), SKID-II, Symptom Checklist 1990 revised (SCL-90-R), Childhood Trauma Questionnaire). 4) Schematherapeutische Diagnostik („Quest“-Testbatterie)
3	Fallkonzeption	1) Selbstbeobachtung und Mikroanalysen. 2) Psychoedukation zum Schema-Modus-Modell am individuellen Beispiel aus der Gruppe (oder von zu Hause), 3) Diagnostische Stuhldialoge und Imaginationen, biographische Verortung. Erkennen und Würdigen von Traumata/biographischen Belastungen. 4) Erstellung der Moduslandkarte (nach Roediger) 5) Nach Bedarf Training spezifischer Fertigkeiten (Emotions- und Impulskontrolle; Dissoziationsverhinderung, Körperwahrnehmung, Selbstakzeptanz).
8	Veränderungsphase	1) Modusarbeit zur Veränderung: Intensive erlebnisorientierte Arbeit mit Stühlen, Imaginationen und Impact-Techniken. 2) Umsetzung der Veränderungen im Hier und Jetzt: Rollenspiele, SST (sozialarbeiterische Unterstützung). 3) Sekundärprävention, Übertragung der Behandlungseffekte in den Alltag und in das eigene Selbstmanagement („Rückgabe von Verantwortung an gesunden Erwachsenen Modus). 4) Vorbereitung der Entlassung.

Inhaltlich ist beiden Settings der konzeptuelle Aufbau der Behandlung und die Definition der Behandlungsfoki gemein, was einen Vergleich trotz deutlicher organisatorischer und formaler Unterschiede ermöglicht.

4

GEMEINSAMKEITEN UND UNTERSCHIEDE

Das Profil der behandelten Störungen weist in beiden Settings Ähnlichkeiten auf (siehe Tabelle 1). Übereinstimmend ist auch die vorgesehene Therapiedauer von 12 Wochen, die Abgrenzung der in Tabelle 3 skizzierten Behandlungsabschnitte und die Umsetzung des Prinzips der therapeutischen Kleinfamilie (Patient, Einzel- und Co-Therapeut).

Dennoch finden sich auch erhebliche Unterschiede, vor allem in der Teamzusammensetzung und (damit verbunden) in der Aufbereitung der Therapieinhalte (Tabelle 2, Abbildung 1 und 2):

- a) Teamzusammensetzung:
 Während das multiprofessionelle Team der vollstationären Psychosomatik Fachtherapeuten (z.B. Musik-, Kunst-, Körpertherapie) bereitstellt, sieht die Kalkulation nach Psychiatrie Personalverordnung für Tageskliniken dies in der Basisversorgung zunächst nicht vor. Über Inhouse-Trainings für Co-Therapeuten, d.h. Krankenschwestern-/pfleger, Ergo-, Moto-, Physiotherapeuten, Musik-/Kunsttherapeuten und Sozialpädagogen, welche u.a. von den IST-Instituten in Frankfurt und Stuttgart, aber auch

Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag	
07:00	Aufstehen	07:00	Aufstehen	07:00	Aufstehen	07:00	Aufstehen	07:00	Aufstehen
07:30	Frühstück	07:30	Frühstück	07:30	Frühstück	07:30	Frühstück	07:30	Frühstück
08:30	Modusarbeits-Gruppe	08:30	Stations-versammlung	08:30	Arbeitstherapie	08:30	Musiktherapie - Gruppe	09:00	Training sozialer Kompetenzen
		09:00	EG Co-Therapeut						
10:00	SB / HA	10:00	SB / HA	11:00	EG Therapeut + Co-T.	10:30	Bewegungstherapie Gruppe	11:00	SB / HA
11:00	EG Therapeut								
12:00	Mittagessen	12:00	Mittagessen	12:00	Mittagessen	12:00	Mittagessen	12:00	Mittagessen
13:00	Somatisch-medizinische Visite (Oberarzt)	13:00	Chefarzt-Visite	13:00	Therapeutisches Bogenschießen	13:00	Schematherapie-Gruppe	13:00	Kunsttherapie-Gruppe
14:30	Achtsamkeits-Gruppe	15:00	SB / HA	15:00	Feldenkreis Einzel	15:00	EG Therapeut	15:00	EG Co-Therapeut
15:30	SB / HA			16:00	SB / HA	16:00	Feldenkreis Einzel	16:00	SB / HA
19:00	Medikamenten-ausgabe und Kurzkontakt Pflege	19:00	Medikamenten-ausgabe und Kurzkontakt Pflege	19:00	Medikamenten-ausgabe und Kurzkontakt Pflege	19:00	Medikamenten-ausgabe und Kurzkontakt Pflege	19:00	Medikamenten-ausgabe und Kurzkontakt Pflege

	Einzelgespräche
	Nur für ST-Patienten
	Indikative Gruppen- und Fachtherapien
	Visiten
	Selbstbeobachtung/Hausaufgaben

Abbildung 1: Wochenplan Weinsberg

von anderen organisiert werden, kann hier eine vergleichbare Kompetenz für Kerninterventionen geschaffen werden. Während das vollstationäre Team in Weinsberg seit vielen Jahren personell stabil und entsprechend erfahren ist, ist das Team der Tagesklinik

in Jena Teil des Ausbildungsrotors für Assistenzärzte und Psychologen, integriert also zwangsläufig psychotherapeutisch wenig erfahrene Kollegen. Die schematherapeutische Kompetenz wird in beiden Teams durch zum Team gehörende ISST zertifizierte ST-

Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag	
08:00	Ankommen	08:00	Ankommen	08:00	Ankommen	08:00	Ankommen	08:00	Ankommen
08:30	Obstfrühstück Übert AG	08:30	Obstfrühstück Übert AG	08:30	Obstfrühstück Übert AG	08:30	Obstfrühstück Übert AG	08:30	Obstfrühstück Übert AG
9:00	Wocheneinstieg	09:00	Morgenrunde	09:00	Morgenrunde	09:00	Morgenr.	09:15	thematische Gruppen-ergotherapie
09:45	Bewegungstherapie Focus Team erleben! Mo mit (Ha-Kindern)	09:15	Kommunikative Bewegungstherapie (KBT)	09:15	Genusstraining	10:00	ST	10:45	Pause
10:00		Achtsamkeitsgruppe (AG)		10:45					
11:30		11:15	SB	11:00	SB AG	11:15	SB	11:00	Musiktherapie (Trommeln)
12:00	Mittag	12:00	Mittag	12:00	Mittag	12:00	Mittag	12:00	Mittag
14:00	Selbstbeobachtung (SB)	13:30	SKT	13:30	Skillsgruppe Ergo fakultativ / Ausflug	13:30	Gruppenbesprechung (Patienten)	13:30	SB
15:00		14:15	Pause	14:00	Pause	14:15	SB	14:30	Pause mit Kaffee und Kuchen
15:45	Abschlussrunde	15:15	SKT	15:00	Pause	15:15		15:45	Abschlussrunde
15:45		15:45	Abschlussrunde	15:45	Abschlussrunde	15:45	Abschlussrunde	15:45	Abschlussrunde

	Psychologin/Assistenzärztin	ST	Schematherapiegruppe
	Facharzt/zertifizierter Therapeut	AG	Achtsamkeitsgruppe
	Ergotherapeutin	SST	Selbstsicherheitstraining
	Schwester/zertifiziert als ST-Co-Therapeut	KBT	Kommunikative Bewegungstherapie
	Mototherapeutin	SB	Selbstbeobachtung/-reflektion
	Patienten	Team	Teambesprechung

Abbildung 2: Therapieplan Jena

Trainer gewährleistet. Außerdem sind die in Tabelle 2 genannten Maßnahmen zur Qualitätssicherung unabdingbar.

- b) Therapieaufbereitung (siehe auch Tabelle 2, Abbildung 1 und 2):
Im *vollstationären* Setting (Weinsberg, Abbildung 1) wird schwerpunktmäßig einzeltherapeutisch gearbeitet mit i.d.R. wöchentlich drei Gesprächen durch den fallführenden Arzt/Psychologen. Eine Besonderheit ist die Intensität der Co-Therapie durch das Pflege team. Diese Bezugsperson nimmt häufig an den psychotherapeutischen Einzelsitzungen teil. Darüber hinaus führt der pflegerische Co-Therapeut Einzelgespräche mit dem Patienten allein und übernimmt i.d.R. praktische Aufgaben, wie etwa das Training bestimmter Fertigkeiten. Außerdem nehmen ST-Patienten an der wöchentlichen Schematherapie-Gruppe, an einer spezifischen Psychoedukationsgruppe für Schematherapie (Vermittlung von Kernkonzepten, Auswertung von Tagesplänen, Mikroanalysen und Flashcards) und an verschiedenen Fachtherapien (siehe Abbildung 1 und 2) teil. Die Behandlungspläne für die Patienten sind immer individuell adaptiert und vom zuständigen Einzel- und Co-Therapeuten gesteuert. Durch die intensive Einzel- und Co-Therapie ist es möglich, die ST-Patienten in den Fachtherapien gemeinsam mit den anderen Patienten auf der Station zu behandeln. Die Abstimmung zwischen den Einzel-, Gruppen- und Fachtherapeuten erfolgt mindestens einmal wöchentlich im Rahmen von Teambesprechungen (siehe Abbildung 1).

Der Einzelgesprächsanteil im *tagesklinischen* Setting (Jena, Abbildung 2) ist deutlich geringer (1× 50 min/Wo, bei Bedarf doppelt) und

wird ebenfalls durch 1- bis 2-mal wöchentliche Einzelgespräche mit dem pflegerischen Co-Therapeuten oder dessen Anwesenheit in der Einzelsitzung ergänzt. Er/Sie hilft bspw. beim Training der Fähigkeit zur Selbstbeobachtung (Arbeit mit Moduswochenplänen zur „Moduserkennung“) sowie bei der Anwendung spezifischer schematherapeutischer Techniken zur Selbstregulation (wie etwa Flashcards). Wie der Therapieplan (Abbildung 2) erkennen lässt, wird im Bereich der Tagesklinik auf einen hohen Erfahrungsanteil über Gruppen gesetzt. Zentrales Element ist hierbei die Schematherapie-Gruppe.

5

SCHEMATHERAPIE IM ERLEBNISORIENTIERTEN GRUPPENSETTING BEIDER EINRICHTUNGEN

An beiden Standorten wird im Gruppen setting mit dem gleichen Konzept gearbeitet. Zahlreiche Elemente aus den bereits manualisierten ST-Gruppenkonzepten (Farrell et al., 2009; Reiss et al., 2014; van Vreeswijk, Spinhoven, Eurelings-Bontekoe & Broersen, 2014) finden sich in unserem modifizierten Konzept wieder. Unser Ansatz richtet die Aufmerksamkeit auf den körperbezogenen und emotionalen Aspekt der Schemata, d.h. die Erkennung und Benennung der Modi, das Verständnis ihrer inneren Dynamik, die biographische Verortung bzw. faire Neubewertung sowie die Abwägung der Funktionalität im „Hier und Jetzt“. Die individuellen Erfahrungen aus dem Therapietag oder den Stunden zu Hause werden unter Verwendung des Modus-Modells und der gesunden erwachsenen Kompetenz der Gruppenmitglieder vernetzt. Somit wird das Modell „erlebbar“ gemacht. Im Vorder-

grund stehen erlebnisorientierte Techniken unter Einbeziehung von Stühlen, Imaginationen, Impact-Techniken (Beaulieu, 2013; Calzoni, 2015; Fuhrhans, 2016) und geeigneten Materialien aus Musik und Literatur (z.B. Moekaars, 2001; Bucay, 2007; Bucay, 2013; Brahm, 2015), welche die Kreativität fördern und die Gruppe beleben (energetisieren) sollen und welche bedarfsadaptiert (ähnlich einem Baukastenprinzip) durch zwei Therapeuten eingebracht und moderiert werden. In jeder Stunde wird der gesunde Erwachsenenmodus situationsbezogen aufgefunden und weiterentwickelt. Aufgrund der o.g. Settingvariablen ist die Gruppe offen („fade in/fade out“-Prinzip). Durch die vorgesehene Behandlungsdauer von 12 Wochen wird allerdings eine ausreichende Konstanz erreicht („slow-moving“).

6

ÜBEREINSTIMMEND HOHE ZUFRIEDENHEIT BEI PATIENTEN UND BEHANDLERN – WARUM?

Die unter 3. beschriebenen Unterschiede sind deutlich, sowohl bzgl. der formellen als auch der inhaltlichen Umsetzung des schematherapeutischen Ansatzes.

In der subjektiven Betrachtung findet sich jedoch eine sehr wesentliche Gemeinsamkeit beider Kliniken: *eine hohe Zufriedenheit sowohl auf Seite der Behandler als auch der Patienten*. In den hier vorgestellten Settings scheinen beide Teams sehr von der Einführung der Schematherapie zur Behandlung der „schwierigen“ Patientengruppe mit Persönlichkeitsstörungen profitiert zu haben. Dies beinhaltet sowohl die direkte Arbeit mit Patienten und den Umgang mit schwierigen Therapiesituationen als auch die Supervision/Intervision und die Lösung von Konflikten innerhalb des Teams. Zum

anderen berichten auch die Patienten beider Kliniken über eine hohe Zufriedenheit mit der Behandlung. Therapieabbrüche liegen in beiden Kliniken unter 10 Fälle/Jahr. Dieser Aspekt ist sowohl bei ambulanter (Farrell et al., 2009) wie auch bei stationärer (Reiss et al., 2013) Schematherapie in der Literatur vorbeschrieben bzw. trat durch sehr niedrige Drop-out-Raten zu Tage. Sehr häufig verfügen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen über eine lange Erfahrung mit stationären Behandlungen, was sie in die Lage versetzt, subjektive Vergleiche zu ziehen. Interessanterweise empfinden die Patienten Dichte und Intensität der ST-Erfahrungen zwar fordernd, dies aber mehrheitlich auf wünschenswerte und verkraftbare Weise. Die hohe Intensität verwundert nicht, da in beiden hier vorgestellten Settings die Erkenntnis- und Entwicklungsaufgabe einer (ursprünglich) ambulanten Langzeittherapie auf einen 12-wöchigen (teil)stationären Behandlungszeitraum verdichtet wurde. Nach der Erfahrung der Referenten äußern vor allem Schematherapie-Patienten nach der klinischen Behandlung den Wunsch nach einer geplanten Wiederaufnahme im Sinne einer Intervallbehandlung (dann z.B. häufig mit Traumafokus) oder nach Vermittlung einer Möglichkeit zur ambulanten Fortsetzung der Schematherapie.

WIE LÄSST SICH DIE HOHE ZUFRIEDENHEIT TROTZ DER ERHEBLICHEN THERAPIEBELASTUNGEN ERKLÄREN?

Die hier zusammengefassten Äußerungen der Patienten im Therapieprozess oder im Rahmen des allgemeinen Qualitätsmanagements der Kliniken benennen Compliance erhaltende Aspekte, die allerdings noch wissenschaftlich zu prüfen sind:

- a) *Konsistentes Modell*: Das ausgeprägte und oft vordergründige Anliegen der Patienten (und auch des Teams) nach Klärung, Kontrolle und Übersicht kann durch die Vereinheitlichung und Fokussierung des Sprachgebrauchs und die übersichtliche Modellbildung (Fallkonzeption) leicht und schnell versorgt werden, auch bei komplexen Störungen oder kognitiven Einschränkungen.
- b) *Wertschätzung der Lebensgeschichte*: Fast alle Patienten formulieren das Ziel, etwas Biographisches „aufarbeiten“ zu wollen. In der Tat finden sich bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen sehr häufig traumatische bzw. emotional sehr belastende Erfahrungen in der Biographie. Beide hier vorgestellten Settings bieten eine geleitete und konsequent wertschätzende Kontaktaufnahme mit biographischen Inhalten (u.a. über die biographische Einordnung der Modi und Schemata, Imaginationen und die Klärungsarbeit in Stuhldialogen). Patienten erfahren ein Gefühl von Kontrolle über die Geschwindigkeit und Intensität der biographischen Arbeit, was meist wiederum die Bereitschaft hierzu fördert.
- c) Durch das therapeutische Mittel der *empathischen Konfrontation* kommt auch die Veränderungsphase der Therapie ohne kritische Bewertungen „der ganzen Person“ aus, sondern regt zum gemeinsamen Erleben und Erfahren an, motiviert zu Selbsteffizienz und initiiert Selbstwert.
- d) Beide Kliniken bedienen sich in der Umsetzung der ST-Kernideen einer *Vielfalt an Techniken und kreativen Möglichkeiten*. Hier darf jede Klinik ihr individuelles Spektrum finden. Diese Vielfalt und die unmittelbare Erfahrungs-/Erlebnisbasierung tragen dem Bedürfnis vieler Patienten Rechnung, spielerisch zu „Aha-Erlebnissen“ zu kommen und eigene Ressourcen und Ausdrucksformen einzubringen. Patienten begrüßen diese lebendige und alltagsnahe Aufbereitung der Therapieinhalte.
- e) Schließlich ist die *interaktionelle Dichte* beider Settings anzuführen, was sowohl auf die Vielfalt therapeutischer „Lernmodelle“ wie auch die Vielzahl von Mitpatienten mit ähnlichen Themen und Lebenserfahrungen zutrifft. Patienten fühlen sich auf neue Weise verbunden, nehmen ihre Anteile im täglichen Miteinander wahr, ohne Ausgrenzung oder Bewertung fürchten zu müssen (s.o.), finden Übungsmöglichkeiten und entdecken Kompetenzen. Die Klinik wird als sicheres Erprobungsfeld für die funktionalere Gestaltung von Bindungen und die Entwicklung eigener Problembewältigungsstrategien erlebt, d.h. als Modell für die Lösung der Konflikte „draußen“. Das therapeutische „Aneinander-Wachsen“ schweißt Patienten oft nachhaltig zusammen, ermöglicht die korrektive Erfahrung von Fürsorge im Miteinander und auch in der Erarbeitung einer eigenen Perspektive. Halbjährige Ehemaligentreffen sind sehr gut besucht.

7

ZUSAMMENFASSUNG

Die Erfahrungen in den beiden hier vorgestellten Einrichtungen bestätigen den Eindruck, dass schematherapeutische Behandlungselemente auf unterschiedliche Weise in stationäre Settings implementiert werden können und in einem Therapieintervall von 12 Wochen bei Patienten und Teams sehr gut angenommen werden. Während die klinische Wirksamkeit der vorgestellten Konzepte noch mit konkreten Zahlen zu unterlegen ist (in

Vorbereitung), bestätigt die hohe Akzeptanz (bzw. geringe Abbruchrate) bei den Patienten den Eindruck aus ambulanten Wirksamkeitsuntersuchungen.

Aus der klinischen Erfahrung deuten sich die Sicherheit bietende „Kleinfamilie“ (mit den Bezugstherapeuten), eine Halt gebende, wertschätzende „Großfamilie“ aus Mitpatienten und Behandlungsteam, der über alle Therapieelemente vereinheitlichte, validierende und klärungsorientierte Sprachgebrauch, der sensible Zugang zur Biographie, das kreativ-bunte erlebnisorientierte Methodenspektrum und die inhaltliche Verzahnung von Einzel- und Gruppentherapie als wesentliche Wirk- und Akzeptanzfaktoren an. Dies ist noch wissenschaftlich zu zeigen. Unter Verzicht auf bzw. Begrenzung aller bereits verinnerlichteten Negativbewertungen nehmen die allermeisten Patienten die Einladung zur emotions-fokussierten Arbeit, zur eigenverantwortlichen Selbstfürsorge und zur kreativen Neuorientierung an und fühlen sich trotz initial meist ausgeprägter Einschränkungen (auch im tagesklinischen Setting) ausreichend gestützt.

Die schematherapeutische Arbeit hilft auch Behandlungsteams, mit sich und den eigenen Belastungsgrenzen achtsamer umzugehen. Regelmäßige Interventionen, externe Supervisionen, fachspezifische Weiterbildungen (s.a. Curriculum für Co-Therapeuten) und teambildende Maßnahmen sind unverzichtbar. Einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit fördert die Qualität der Arbeit, macht Spaß und ermöglicht die unabhängige wissenschaftliche Evaluation der Behandlungsergebnisse – und sollte daher weiter ausgebaut werden.

LITERATUR

- Asherson, P., Young, A. H., Eich-Hochli, D. et al. (2014). Differential diagnosis, comorbidity, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in relation to bipolar disorder or borderline personality disorder in adults. *Current medical research and opinion*, 30, 1657-1672.
- Bahorik, A. L. & Eack, S. M. (2010). Examining the course and outcome of individuals diagnosed with schizophrenia and comorbid borderline personality disorder. *Schizophrenia Research*, 124, 29-35.
- Bamelis, L. L., Evers, S. M., 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, 305-322.
- Barnow, S., Arens, E.A., Sieswerda, S., Dinu-Biringer, R., Spitzer, C. & Lang, S. (2010). Borderline personality disorder and psychosis: a review. *Current Psychiatry Reports*, 12, 186-95.
- Benjamin, L. S. & Strand, J. G. (1998). Recognizing comorbid personality disorder can help manage and treat the “untreatable”. *Psychiatric Clinics of North America*, 21, 775-789, vi.
- Bock, C., Bukh, J. D., Vinberg, M. et al. (2010). The influence of comorbid personality disorder and neuroticism on treatment outcome in first episode depression. *Psychopathology*, 43, 197-204.
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T. et al. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 42, 487-499.
- Brahm, A. (2015). *Der Elefant, der das Glück vergaß*. München: Lotos.
- Brakemeier, E. L., Radtke, M., Engel, V. et al. (2015). Overcoming treatment resistance in chronic depression: a pilot study on outcome and feasibility of the cognitive behavioral analysis system of psychotherapy

- as an inpatient treatment program. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 51-56.
- Bronisch, T. (1995). Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. In T. Bronisch, M. Bohus, M. Dose et al. (Hrsg.), *Krisenintervention bei Persönlichkeitsstörungen* (S. 25). München: Pfeiffer.
- Bucay J. (2007). *Komm, ich erzähl Dir eine Geschichte*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Calzoni, R. (2015). Zum Einsatz von Impact-Techniken in der Schematherapie. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 36, 378-388.
- Dolan, B., Evans, C. & Norton, K. (1995). Multiple axis-II diagnoses of personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 166, 107-112.
- Farrell, J. M., Shaw, I. A. & Webber, M. A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 40, 317-328.
- Frias, A. & Palma, C. (2015). Comorbidity between post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder: a review. *Psychopathology*, 48, 1-10.
- Fuhrhans, C. (2016). Wie wirken Impact-Techniken in der Schematherapie? *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 37, 87-98.
- Gianoli, M. O., Jane, J. S., O'Brien, E. & Ralevski, E. (2012). Treatment for comorbid borderline personality disorder and alcohol use disorders: a review of the evidence and future recommendations. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 20, 333-344.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P. et al. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.
- Grilo, C. M., McGlashan, T. H. & Skodol, A. E. (2000). Stability and course of personality disorders: the need to consider comorbidities and continuities between axis I psychiatric disorders and axis II personality disorders. *Psychiatric Quarterly*, 71, 291-307.
- Hellerstein, D. J. (2008). Review of Treating chronic depression with disciplined personal involvement: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP). *Psychotherapy*, 45, 416-417.
- Hoffart Lunding, S. & Hoffart, A. (2016). Perceived parental bonding, early maladaptive schemas and outcome in schema therapy of cluster c personality problems. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23, 107-117.
- Kienast, T., Stoffers, J., Bempohl, F. & Lieb, K. (2014). Borderline personality disorder and comorbid addiction: epidemiology and treatment. *Deutsches Ärzteblatt international*, 111, 280-286.
- Latalova, K., Prasko, J., Kamaradova, D. et al. (2013). Comorbidity bipolar disorder and personality disorders. *Neuroendocrinology Letters*, 34, 1-8.
- Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A. et al. (1994). The International Personality Disorder Examination. The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 215-224.
- Matthies, S. & Philipsen, A. (2016). Comorbidity of personality disorders and adult attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) – review of recent findings. *Current Psychiatry Reports*, 18, 33.
- Moekaars, S. (2001). *Bär und Biene – Kleine Geschichten einer dicken Freundschaft*. Aarau, Frankfurt a. M.: Sauerländer.
- Moradveisi, L., Huibers, M. J., Renner, F. et al. (2013). The influence of comorbid personality disorder on the effects of behavioural activation vs. antidepressant medication for major depressive disorder: results from a randomized trial in Iran. *Behaviour research and therapy*, 51, 499-506.
- Reiss, N., Lieb, K., Arntz, A. et al. (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, 355-367.

Reiss, N., Vogel, F., Nill, M. et al. (2013). Treatment satisfaction of patients with borderline personality disorder in inpatient schema therapy. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 63, 93-100.

Reusch Y. & Valente, M. (2015). *Störungsspezifische Schematherapie: Anwendung im stationären Setting*. Weinheim: Beltz.

Schaap, G. M., Chakhssi, F. & Westerhof, G. J. (2016). Inpatient schema therapy for non-responsive patients with personality pathology: changes in symptomatic distress, schemas, schema modes, coping styles, experienced parenting styles, and mental well-being. *Psychotherapy*, 53, 402-412.



232 Seiten
ISBN 978-3-95853-237-3
Preis: 20,- Euro
 eBook:
 ISBN 978-3-95853-238-0
 Preis: 10,- Euro
 (www.ciando.com)

Doris Heinzen-Voß, Heino Stöver (Hrsg.)

Geschlecht und Sucht

Wie gendersensible Suchtarbeit gelingen kann

Die vielfältigen Beiträge der Autorinnen und Autoren aus Psychiatrie, Sozialwissenschaft, Psychotherapie und Sozialarbeit sind ein Plädoyer für die Notwendigkeit und den Nutzen einer geschlechter-/gendersensiblen Suchtarbeit. Sie berücksichtigen das weite Spektrum der Suchthilfe – von der Prävention über die Beratung und Behandlung bis hin zum strukturellen Einbezug von Genderaspekten in die Einrichtungen.

Die Expert_innen liefern eine Fülle an Hintergrundwissen und geben praktische Hilfestellungen. Einzelne Beiträge widmen sich spezifischen Themen wie Traumafolgestörungen bei Frauen oder dem häufig immer noch tabuisierten Thema männlicher Gewaltbetroffenheit.

Das Buch wirbt für eine differenzierte Umgangsweise, eröffnet neue und spannende Perspektiven und zeigt unter anderem Wege auf, wie sich Gender als Querschnittsaufgabe in der Suchthilfe verankern lässt. Auch wird der Spur nachgegangen, wie sich das eigene Geschlecht und das seines Gegenübers auch im Hinblick auf unterschiedliche sexuelle Orientierungen bewusst in die Beratung und Behandlung einbeziehen lassen, um passgenauer, gerechter, erfolgreicher zu arbeiten.

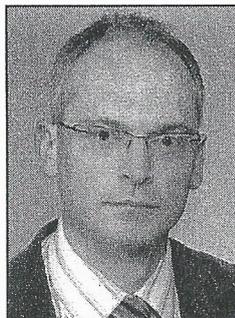
Ein anregendes und nützliches Buch für alle Fach- und Führungskräfte in der Suchthilfe.



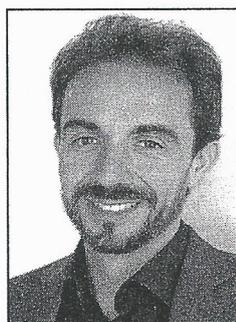
PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28 · D-49525 Lengerich · Tel. +49 (0)5484 308 · Fax +49 (0)5484 550
 pabst.publishers@t-online.de · www.psychologie-aktuell.com · www.pabst-publishers.de

- Schroeder, K., Fisher, H. L. & Schafer, I. (2013). Psychotic symptoms in patients with borderline personality disorder: prevalence and clinical management. *Current Opinion of Psychiatry*, 26, 113-119.
- Spitzer, C., Rullkotter, N. & Dally, A. (2016). Inpatient psychotherapy. *Nervenarzt*, 87, 99-108, quiz 9-10.
- Starcevic, V. & Brakoulias, V. (2014). New diagnostic perspectives on obsessive-compulsive personality disorder and its links with other conditions. *Current Opinion of Psychiatry*, 27, 62-67.
- Telch, M. J., Kamphuis, J. H. & Schmidt, N. B. (2011). The effects of comorbid personality disorders on cognitive behavioral treatment for panic disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 469-474.
- Thiel, N., Jacob, G. A., Tuschen-Caffier, B. et al. (2016). Schema therapy augmented exposure and response prevention in patients with obsessive-compulsive disorder: feasibility and efficacy of a pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 52, 59-67.
- Valente, M. (2015). Was kann Schematherapie in einem stationären Setting leisten? *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 36, 389-400.
- van Vreeswijk, M. F., Spinhoven, P., Eurelings-Bontekoe, E. H. & Broersen, J. (2014). Changes in symptom severity, schemas and modes in heterogeneous psychiatric patient groups following short-term schema cognitive-behavioural group therapy: a naturalistic pre-treatment and post-treatment design in an outpatient clinic. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21, 29-38.
- Wetterborg, D., Langstrom, N., Andersson, G. & Enebrink, P. (2015). Borderline personality disorder: prevalence and psychiatric comorbidity among male offenders on probation in Sweden. *Comprehensive Psychiatry*, 62, 63-70.
- Yoshimatsu, K. & Palmer, B. (2014). Depression in patients with borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 22, 266-273.



PRIV.-DOZ. DR. STEFAN SMESNY
 FA FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE
 LEITER DER ALLGEMEINPSYCHIATRISCHEN
 TAGESKLINIK
 KLINIK FÜR PSYCHIATRIE UND
 PSYCHOTHERAPIE
 UNIVERSITÄTSKLINIKUM JENA
 PHILOSOPHENWEG 3
 D-07743 JENA
 E-MAIL: stefan.smesny@med.uni-jena.de



DR. MATIAS VALENTE
 PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUT
 KLINIK FÜR PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN
 UND PSYCHOTHERAPIE
 KLINIKUM AM WEISSENHOF
 D-74189 WEINSBERG
 E-MAIL: matias_valente@yahoo.de