Schema-Modi und Modi-Veränderungen bei psychiatrischen Rehabilitand:innen

Alexandra Schosser[1,2], Daniela Fischer-Hansal[3], Miriam Traugott[3], Birgit Senft[1, 3]
[1]Sigmund Freud PrivatUniversität Wien, Fakultät für Medizin
[2]Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation, Salzburg
[3]Zentren für seelische Gesundheit BBRZ-MED Wien

Hintergrund

Schema-Modi sind zentrale Konzepte der Schematherapie (Young 1990), die die unterschiedlichen emotionalen Zustände, Kognitionen und Bewältigungsstrategien einer Person beschreiben. Sie repräsentieren die aktivierten Schemata in spezifischen Momenten und spiegeln aktuelle Gefühle, Gedanken, Körperempfindungen und Verhaltensweisen wider. Im Kern gibt es vier Hauptkategorien von Modi: **Kindmodi**, **innere Kritikermodi** (oder Elternmodi), **Bewältigungsmodi** und den **gesunden Erwachsenenmodus**. Die Kindmodi (wie das verletzte oder wütende Kind) spiegeln unerfüllte emotionale Bedürfnisse wieder. Kritikermodi repräsentieren die verinnerlichten, oft kritischen oder fordernden Stimmen aus der Biographie bzw. Kindheit. Bewältigungsmodi umfassen automatisiert ablaufende Strategien wie Vermeidung, Unterwerfung/Erduldung oder Überkompensation, um diese schmerzhaften Emotionen nicht spürbar zu machen. Der gesunde Erwachsenenmodus soll diese dysfunktionalen Modi ausgleichen, indem er die Bedürfnisse des inneren Kindes versorgt und die inneren Kritiker relativiert bzw. ggf. „entmachtet". Ziel der Schematherapie ist es, den gesunden Erwachsenenmodus zu stärken und die dysfunktionalen Modi zu regulieren.

Fragestellung

- Welche Charakteristika zeigen sich in den Modi bei psychiatrischen Rehabilitand:innen?
- Wie verändern sich die Modi zwischen Beginn und Ende der 6-wöchigen Rehabilitation und welche Unterschiede zeigen sich nach Diagnosegruppe?

Modi bei Beginn und Ende der Rehabilitation

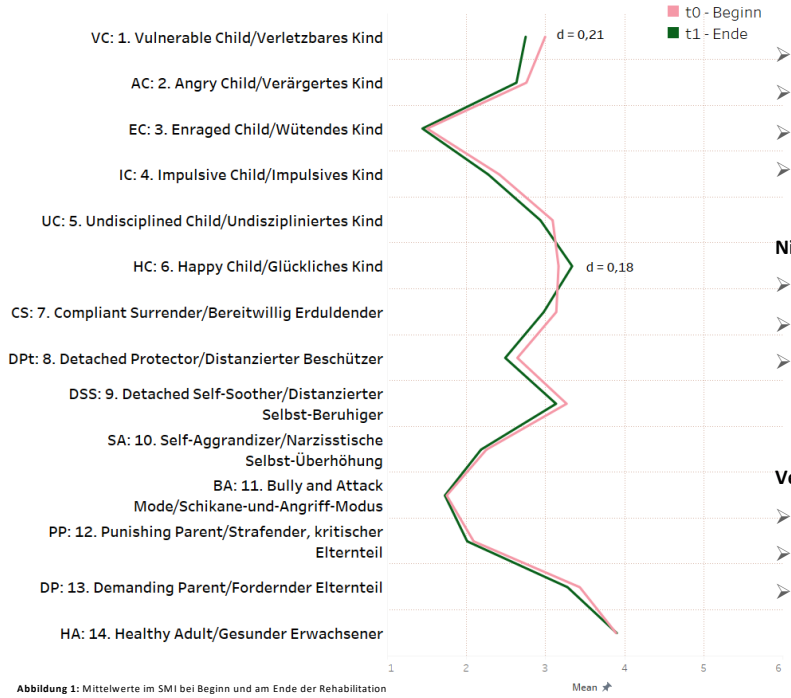

Abbildung 1: Mittelwerte im SMI bei Beginn und am Ende der Rehabilitation

Höchste Ausprägungen:

- Rang 1: gesunder Erwachsener
- Rang 2: Fordernder Elternteil
- Rang 3: Distanz. Selbstberuhiger

Niedrigste Ausprägungen:

- Rang 1: Wütendes Kind
- Rang 2: Bully & Attack
- Rang 3: Strafender, kritischer Elternteil

Veränderungen:

- Multivariat sig. ($p<0,001$)
- Alle Modi sig. bis auf BA und HA
- Kleine Effekte

Methodik

- Schriftliche Befragung bei Reha-Beginn und -Ende
- Fragebögen: SMI (Schema-Mode-Inventory) (Lobbestael et al. 2010)
- Analyse: SPSS-28 (Varianzanalyse m. Messwiederh.), tableau

Stichprobe

- N=766 Rehabilitanden (2020 bis 2021)
- ø 47,09 Jahre alt (SD = 10,11); 67,5% weiblich
- N=374 (49%) waren vor der Rehabilitation in Psychotherapie

Hauptdiagnosen nach ICD-10

Psych. Komorbidität bei 55%

- F3 affektive Störung: N=492 (64,2%)
- F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen: N=182 (23,8%)
- F6 Persönlichkeitsstörung: N=53 (6,9%)
- sonstige Diagnosen : N=39 (5,1%)

Beruflicher Status

N=766 berufstätig (29,8%) N=390 arbeitslos (50,9%),

N=136 Reha-Geld/BU (17,8%) N=12 sonstige (1,5%)

Veränderungen in den Modi in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose

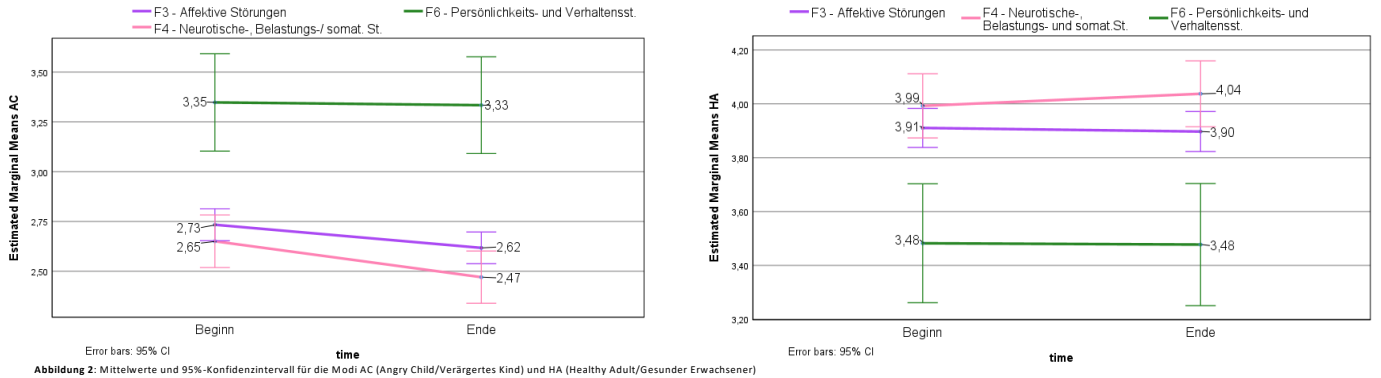

Abbildung 2: Mittelwerte und 95%-Konfidenzintervall für die Modi AC (Angry Child/Verärgertes Kind) und HA (Healthy Adult/Gesunder Erwachsener)

- Die Diagnosegruppen unterscheiden sich in allen Modi signifikant – die Gruppe F6 weist in allen Modi signifikant höhere Werte auf als die Gruppen F3 und F4 (ausgenommen Happy child/ Healthy adult mit signifikant niedrigeren Werten)
- Über alle Modi hinweg keine signifikant unterschiedliche Entwicklung nach Diagnosegruppe

Diskussion

Im Rahmen einer 6-wöchigen ambulanten psychiatrischen Rehabilitation mit Verhaltens- und Schematherapeutischem Schwerpunkt wurde den Rehabilidand:innen u.a. der SMI zur Erfassung der Schema-Modi vorgelegt. Die Rehabilitationsbehandlung umfasste u.a. zweimal pro Woche Gruppen- und einmal pro Woche Einzelpsychotherapie. Insgesamt umfasste die Rehabilitation 142 Einheiten im multidisziplinären Team. Die am stärksten ausgeprägten Modi waren Healthy Adult und Happy Child, was als durchaus prognostisch positiv gewertet werden kann, aber auch der distanzierte Selbstberuhiger Modus zeigte bei den Rehabilidand:innen hohe Werte. Zwischen Beginn und Ende der Rehabilitation zeigen sich signifikante aber kleine Effekte in Bezug auf alle Schema-Modi außer Bully & Attack und Healthy Adult. Daraus lässt sich schließen, dass sich zwar bereits im Rahmen einer nur 6-wöchigen kombinierten Gruppen- und Einzelpsychotherapie im Rahmen einer multidisziplinären Rehabilitation bereits kleine Effekte im Hinblick auf Schema-Modi zeigen, aber definitiv ein längerer Behandlungszeitraum, beispielsweise im Rahmen einer weiteren psychotherapeutischen Behandlung im niedergelassenen Bereich, zur nachhaltigen signifikanten Veränderung dieser erforderlich ist.

Alexandra.schosser@mail.sfu.ac.at