

Kompetenzskala für Schematherapeuten

Für Einzeltherapiesitzungen
(STCS-I-1)

Therapeut: _____ Patient: _____ Datum der Sitzung: _____
Aufnahme ID#: _____ Rater: _____ Datum des Ratings: _____
Sitzung# _____ () Videoaufnahme () Audioaufnahme () Live-Beobachtung () Rollenspiel

Anleitung: Beurteilen Sie den Therapeuten für jedes Item auf einer Skala von 0 bis 6 und halten Sie die Beurteilung in der Zeile neben der Item-Nummer fest. Für die geraden Skalenpunkte liegen Beschreibungen vor. Wenn Sie der Ansicht sind, dass der Therapeut zwischen zwei geraden Skalenpunkten zu beurteilen ist, wählen Sie die ungerade Skalenpunktzahl dazwischen (1,3,5). Falls der Therapeut beispielsweise besser ist als die Beschreibung für 4 Skalenpunkte, aber schlechter als die für 6 Punkte, vergeben Sie eine Punktzahl von 5.

Falls die vorgegebenen Beschreibungen für ein Item für Ihre Sitzung nicht anwendbar scheinen, ignorieren Sie diese Beurteilung und nutzen Sie stattdessen die unten stehende allgemeinere Beurteilungsskala:

0	1	2	3	4	5	6
sehr schwach	schwach	ungenügend	ausreichend	gut	sehr gut	hervorragend

Bitte lassen Sie kein Item aus. Beurteilen Sie bei allen Items die Fertigkeit des Therapeuten und berücksichtigen Sie dabei wie schwierig der Patient zu sein scheint des Patienten. Nutzen Sie die Option N/A („nicht anwendbar“) nur, wenn diese als mögliche Option für das Item vorgesehen ist. (Nutzen Sie die Beurteilungsskala nicht für sehr frühe Sitzungen oder für Abschlusssitzungen.)¹⁾

Teil I. ALLGEMEINE THERAPEUTISCHE FÄHIGKEITEN

1. Begrenzte elterliche Fürsorge (*limited reparenting, bleibt im Folgenden als Fachbegriff englisch*)

Limited reparenting beinhaltet, dass der Therapeut innerhalb der angemessenen Grenzen der therapeutischen Beziehung zentrale Grundbedürfnisse des Patienten, die in dessen Kindheit frustriert wurden, unmittelbar befriedigt. *Limited reparenting* umfasst Wärme, Akzeptanz, den non-verbale Ausdruck von Fürsorge, Validierung, Förderung von Autonomie, Grenzsetzung, ebenso wie weitere Verhaltensweisen, die sich auf die in der Kindheit frustrierten Grundbedürfnisse beziehen. Um eine Beurteilung von 5 oder 6 zu erzielen, muss der Therapeut Fürsorge und Wärme ausdrücken, die über die eines „Standard-Therapeuten“ hinausgehen.

- 0 Verletzte den Patienten durch sein Verhalten (z.B. indem der Therapeut kritisch, ablehnend oder provokativ war); oder zeigte keinerlei gesundes *reparenting* (das heißt Wärme oder Fürsorge waren nicht vorhanden).
- 2 Nur minimales Ausmaß an *reparenting*. Verletzte den Patienten nicht, aber hatte bedeutende Schwierigkeiten die zentralen Grundbedürfnisse des Patienten zu befriedigen (z.B. war kühl, distanziert, invalidierend).
- 4 Es gelang, die meisten zentralen Grundbedürfnisse zu befriedigen, aber demonstrierte kein *reparenting*, das über die Fürsorge eines warmen, fürsorglichen Therapeuten vieler anderer Therapieansätze hinausging

1) Anmerkung zur deutschen Übersetzung: Im Originaldokument sind die Skalenbeschreibungen inkonsistent teils im Präteritum, teils im Präsens formuliert. Zur besseren internationalen Vergleichbarkeit des Fragebogens, wurde die unregelmäßige Verwendung der Zeitformen zulasten der Lesbarkeit übernommen.

- 6 Hervorragendes und angemessenes *reparenting*. *Reparenting* ging über ein Standard-Maß an Wärme und Fürsorge hinaus, indem es die zentralen Grundbedürfnisse des Patienten befriedigte (z.B. räumte mehr Therapiezeit ein wenn notwendig, tätigte Anrufe, setzte Selbstoffenbarung ein, gab Übergangsobjekte).

Ausschluss: Dieses Item zielt nicht auf die Fähigkeit des Therapeuten ab, den Patienten zu verstehen oder Empathie zu zeigen, da diese Faktoren unter Punkt 2 berücksichtigt werden. Wenn reparenting durch Imagination stattfindet, sollte dies nicht hier bewertet werden, sondern unter Punkt 11-emotionsfokussierte Veränderungstechniken.

2. VERSTEHEN UND FEINFÜHLIGKEIT

- 0 Der Therapeut missversteht wiederholt was der Patient explizit sagt, so dass er das Wesentliche konsequent nicht begreift. Sehr schwache empathische Fähigkeiten.
- 2 Der Therapeut war für gewöhnlich in der Lage, das Gesagte zu spiegeln oder zu paraphrasieren. Es gelang ihm aber nicht, auf subtilere Mitteilungen einzugehen. Eingeschränkte Fähigkeit zuzuhören und Empathie zu zeigen.
- 4 Gute Fähigkeit zuzuhören und Empathie zu zeigen. Der Therapeut war in der Regel in der Lage den internen Bezugsrahmen des Patienten, sowohl durch das was der Patient explizit sagte als auch durch das was der Patient auf subtileren Wegen mitteilte, zu erfassen.
- 6 Hervorragende Fähigkeit zu verstehen und Empathie zu zeigen. Der Therapeut schien den internen Bezugsrahmen des Patienten durchgehend zu begreifen und konnte dieses Verständnis durch angemessene verbale und non-verbale Reaktionen auf den Patienten ausdrücken (z.B. drückte der Tonfall des Therapeuten ein sensibles Einfühlen auf den emotionalen Zustand des Patienten aus)

Ausschluss: Dieses Item berücksichtigt das Ausmaß an Empathie und Verstehen des Therapeuten, aber beinhaltet nicht Wärme, Fürsorge oder andere Aspekte von limited reparenting, die sich in Item 1 wiederfinden.

3. ZUSAMMENARBEIT, FEEDBACK UND FOKUS DER SITZUNG

- 0 Der Therapeut arbeitete nicht mit dem Patienten zusammen, setzte keinen Fokus für die Sitzung, fragte nicht nach Feedback zur Stunde oder zur therapeutischen Beziehung.
- 2 Der Therapeut versuchte mit dem Patienten zusammenzuarbeiten, hatte aber deutliche Schwierigkeiten ein Problem zu definieren, das für den Patienten wichtig war, eine Arbeitsbeziehung mit dem Patienten aufzubauen oder nach Feedback zu fragen.
- 4 Dem Therapeuten gelang es mit dem Patienten zusammenzuarbeiten, ein Problem zu fokussieren, das Therapeut und Patient als wichtig erachteten, eine gute Arbeitsbeziehung aufzubauen und generelles Feedback zu erfragen.

- 6 Die Zusammenarbeit schien hervorragend. Zusätzlich zur Übereinkunft über einen Sitzungsfokus und zu einer sehr guten Beziehung, ermutigte der Therapeut den Patienten so oft wie möglich eine aktive Rolle in der Sitzung einzunehmen (z.B. indem er Wahlmöglichkeiten anbot), so dass Therapeut und Patient als Team arbeiten konnten. Der Therapeut zeigte sich versiert darin, Feedback zu erfragen. Es gelang ihm, zu erfassen wie der Patient in der Sitzung reagierte und sein Vorgehen darauf anzupassen, um die Zusammenarbeit zu fördern.

4. AUSGEWOGENHEIT UND FLEXIBILITÄT DES THERAPEUTEN

Der Therapiestil des Therapeuten war gekennzeichnet durch eine ausgewogene und flexible Herangehensweise, die auf die Stimmung des Patienten und die Ziele der Sitzung abgestimmt war. So vereinigte der Therapeut beispielsweise behutsame und konfrontative, direktive und weniger aktive, zurückhaltende und fordernde Verhaltensweisen; erlaubte Ausdrucksfreiheit und setzte dennoch Grenzen; vereinigte Emotion und Rationalität.

- 0 Dem Therapeuten gelingt es in vielen wichtigen Aspekten seines Verhaltens nicht, ein ausgewogenes, flexibles Vorgehen zu zeigen (z.B. wirkte rigide, übermäßig konfrontativ, zu passiv, zu dominant, zu rational oder zu restriktiv). Diese fehlende Ausgewogenheit war eindeutig schädlich für die Sitzung.
- 2 Der Therapeut zeigte sich in mancher Hinsicht ausgewogen. In ein oder zwei wesentlichen Punkten gelang es ihm jedoch nicht, flexibel zu sein, wodurch die Sitzung insgesamt weniger hilfreich war.
- 4 Dem Therapeuten gelingt es, verschiedene Aspekte seiner therapeutischen Herangehensweise ausgewogen einzusetzen. Jedoch scheint der Stil nicht optimal für diesen spezifischen Patienten zu sein; der Therapeut zeigt sich nicht ausgewogen in einem Bereich oder in mehreren weniger zentralen Bereichen. Diese Einschränkungen führten jedoch nicht dazu, dass die Sitzung insgesamt deutlich weniger hilfreich war.
- 6 Dem Therapeuten gelingt es hervorragend, einen ausgewogenen therapeutischen Stil aufrechtzuerhalten. Er zeigt ein optimales Maß an Flexibilität, indem er seinen Stil an die spezifischen Bedürfnisse und Gefühle des Patienten über die Sitzung hinweg anpasst.

5. VERTRAUEN UND GELASSENHEIT DES THERAPEUTEN

Der Therapeut schien über ein gesundes Selbstvertrauen bezüglich seiner Fähigkeiten zu verfügen; wirkte nicht angespannt oder unsicher; vermittelte Klarheit über die Ausrichtung der Sitzung; zeigte kein übertrieben selbstbewusstes Verhalten (beispielsweise indem er versuchte Eindruck zu schinden, es schwierig war ihn zufriedenzustellen oder er selbstbezogen war); wirkte entspannt und schien sich wohl zu fühlen, anstatt die Rolle eines Therapeuten zu spielen.

- 0 Der Therapeut wirkt extrem unsicher, ihm mangelt es an Selbstvertrauen oder er ist selbstverherrlichend. Wirkt entweder zu besorgt oder zu selbstbewusst; oder übernimmt keine Kontrolle über den Verlauf der Sitzung.
- 2 Der Therapeut hat gravierende Schwierigkeiten, entspannt und sicher zu wirken oder Führung zu gewährleisten. Scheint womöglich zu bemüht zu gefallen, zu passiv oder zu selbstbezogen.

- 4 Dem Therapeuten gelingt es Selbstvertrauen zu vermitteln und die Führung in der Sitzung zu übernehmen. Wirkt insgesamt eher entspannt, als unsicher oder darum bemüht zu beeindrucken.
- 6 Der Therapeut zeigt ein optimales Level an Selbstvertrauen, Gelassenheit und innerer Sicherheit. Vermittelt hilfreiche Führung in einer angenehmen Art und Weise. Wirkt besonders natürlich und spontan, wie er selbst, anstatt, stereotype „Regeln“ wie ein guter Therapeut sich zu verhalten habe, zu befolgen.

TEIL II. KONZEPTUALISIERUNG UND PSYCHOEDUKATION

6. SCHEMAEXPLORATION UND DIAGNOSTIK

Der Therapeut versucht die Probleme des Patienten und die zugrundeliegenden Themen und Muster im explorativen und diagnostischen Prozess in Schematermini zu konzeptualisieren. Durch geschicktes Fragen, dem Verstehen aktueller Lebenserfahrungen und der Interpretation von Schema-Fragebögen identifiziert der Therapeut Schemata, Modi, Bewältigungsstile und Lebensmuster.

- N/A Der Therapeut führte keine Schemaexploration oder Diagnostik durch. Dies war in dieser Sitzung jedoch auch nicht notwendig oder angemessen.
- 0 Der Therapeut unterließ es, Themen, Schemata oder Muster zu explorieren oder zu diagnostizieren, obwohl dieser Prozess für die Effektivität der Sitzung notwendig oder sehr wünschenswert gewesen wäre.
- 2 Der Therapeut versuchte, Schemata oder Muster zu explorieren oder diagnostizieren, fragte aber ungeschickt, verwendete die Fragebögen falsch oder integrierte die Informationen nicht in einer sinnvollen Art und Weise. Folglich war die Schemakonzepualisierung ungenau, unvollständig oder ergab kein kohärentes Bild.
- 4 Dem Therapeuten gelang es gut, die Probleme und Themen des Patienten schematherapeutisch zu konzeptualisieren. Der Therapeut nutzte Fragen, Fragebögen oder die Lebenserfahrungen des Erwachsenenlebens des Patienten, um eine hilfreiche, sorgfältige Konzeptualisierung zu entwickeln.
- 6 Hervorragende Schemaexploration und Diagnostik. Der Therapeut war sehr geschickt darin, Informationen zu sammeln, Fragen zu stellen, Fragebögen zu nutzen, und/oder Lebenserfahrungen zu erfragen. Der Therapeut zeigte bemerkenswerte Einsicht und die Fähigkeit verschiedene Informationen in einer stimmigen Konzeptualisierung, die auf den Patienten zugeschnitten war, zusammenzufassen.

Ausschluss: Dieses Item beinhaltet nicht die Erörterung von Ursprüngen in der Kindheit, Gebrauch von Kindheits-Imagination, oder die Exploration der therapeutischen Beziehung zu diagnostischen Zwecken. Diese werden in Item 8 bewertet. Das Item beinhaltet ebenso wenig die Psychoedukation über die Schemakonzepualisierung, da diese in Punkt 7 berücksichtigt wird.

7. SCHEMA-PSYCHOEDUKATION UND LABELING

Der Therapeut führt Psychoedukation in schematherapeutischen Begriffen über die aktuellen Probleme des Patienten, Lebensmuster, emotionale Reaktionen, Fehlwahrnehmungen, oder maladaptive Verhaltensweisen durch. Der Therapeut benennt explizit Schemata, zentrale Grundbedürfnisse, Modi, und/oder Bewältigungsstile für den Patienten, wenn diese auftauchen. Der Therapeut kommuniziert diese Konzepte so wirkungsvoll, dass der Patient sie eindeutig verstehen kann.

- 0 Der Therapeut führte keine Psychoedukation durch, die dem Patienten half Patient seine Probleme zu verstehen *und* benannte Schemata, zentrale Grundbedürfnisse, Modi und/oder Bewältigungsmodi nicht als solche wenn sie auftauchten.
- 2 Der Therapeut versuchte, dem Patienten seine Probleme mittels Psychoedukation zu vermitteln. Jedoch wurden die Konzepte oder Schema-Begriffe falsch erklärt, der Therapeut nutzte keine Schematerminologie, oder kommunizierte Konzepte nicht in einer für den Patienten verständlichen Art und Weise.
- 4 Dem Therapeuten gelang eine gute Psychoedukation über die aktuellen Probleme des Patienten; er erklärte diese Probleme erfolgreich indem er schematherapeutische Begriffe nutzte; die Kommunikation war wirkungsvoll, so dass der Patient sie verstehen konnte. Der Therapeut hätte die Probleme jedoch geschickter erklären, oder schematherapeutische Terminologie versierter nutzen können.
- 6 Dem Therapeuten gelang es hervorragend, dem Patienten psychoedukativ ein Verständnis über dessen aktuelle Probleme zu vermitteln; erklärte diese Probleme mit angemessenem Gebrauch von Schemabegriffen; vermittelte diese Informationen sehr geschickt, so dass der Patient sie gut verstehen und einen Bezug zu sich herstellen konnte.

8. VERKNÜPFUNGEN SCHEMABASIERTER SITUATIONEN

Der Therapeut stellt Verknüpfungen zwischen unterschiedlichen Lebenssituationen oder Ereignissen- vergangene und gegenwärtige- her, die die gleichen zugrundeliegenden Schemata, Modi, Emotionen, Verhaltensweisen und/oder Bewältigungsstile haben. Die häufigsten Verknüpfungen sind zwischen: aktuellen Lebensproblemen, Ursprüngen in Kindheit oder Jugend, Situationen im frühen Erwachsenenleben oder Interaktion in der Therapiebeziehung. Die Verknüpfung kann hergestellt werden indem Imaginationsübungen durchgeführt werden, indem der Patient aufgefordert wird ähnliche Situationen zu identifizieren, oder indem der Therapeut Ähnlichkeiten zwischen Ereignissen hervorhebt.

- 0 Der Therapeut unternahm keinen Versuch, Lebensereignisse, die schemabezogene Themen teilten, miteinander zu verknüpfen.
- 2 Der Therapeut versuchte schemabezogene Ereignisse zu verknüpfen, jedoch waren die Verknüpfungen ungenau oder erzeugten beim Patienten keine Resonanz; oder der Therapeut kommunizierte die Verknüpfungen nicht in einer Weise, die es dem Patienten möglich machte, die Verbindung zwischen den Ereignissen zu verstehen.
- 4 Dem Therapeuten gelang es, schemabezogene Ereignisse gut zu verknüpfen. Die Verknüpfungen hätten jedoch relevanter für die Lebensprobleme des Patienten sein können, oder hätten dem Patienten wirksamer kommuniziert werden können

(z.B. hätte der Therapeut Imagination nutzen können, anstatt Verknüpfung nur verbal hervorzuheben).

- 6 Der Therapeut verknüpfte Lebensereignisse, die einen gemeinsamen Schemabezug teilten, auf hervorragende Art und Weise. Die Verknüpfungen waren zentral für die aktuellen Probleme des Patienten und die Kommunikation der Verknüpfungen erfolgte durch die wirksamsten Techniken und die verständlichste Sprache.

TEIL III. SCHEMAVERÄNDERUNG

9. SCHEMASTRATEGIE ZUR VERÄNDERUNG

Der Therapeut sollte eine klare Strategie verfolgen, um bei den Problemen des Patienten einen Fortschritt zu erzielen. Dem Rater sollte deutlich werden, dass der Therapeut den Patienten beständig und kohärent in Richtung Schemaveränderung führt. Der Therapeut soll Strategien aus der Schematherapie verwenden, die *angemessen* und *erfolgsversprechend* erscheinen, um eine Veränderung beim Patienten zu erzielen.

(Zum Beispiel: Therapeut erkennt, dass der *Verletzbare Kindmodus* des Patienten durch die Trennung vom Freund aktiviert wurde und nutzt in der Situation Imagination zum *reparenting*. Der Therapeut könnte für die selbe Situation ebenso andere schematherapeutische Strategien nutzen, wie zum Beispiel Unterbrechung von Verhaltensmustern, kognitive Umstrukturierung, oder die therapeutische Beziehung, und eine genauso hohe Punktzahl erzielen, wenn die Strategie angemessen und erfolgsversprechend war.)

- N/A Der Therapeut unternahm in der Sitzung keinen Versuch der Schemaveränderung (z.B. Sitzung fokussierte nur Diagnostik oder nur Beziehungsaufbau). Es war jedoch angemessen für den Therapeuten, in dieser Sitzung keine Schemaveränderung anzustreben.
- 0 Der Therapeut zeigte entweder keine klare Veränderungsstrategie oder nutzte keine Strategien, die aus der Schematherapie stammen (das heißt die therapeutische Herangehensweise war zu allgemein oder zu unspezifisch, da sie typisch für eine Vielzahl anderer Therapieansätze sein könnte).
- 2 Der Therapeut hatte eine Veränderungsstrategie und nutzte schematherapeutische Techniken. Die Strategie war jedoch vage und inkonsistent; oder die Strategie und Techniken schienen nicht angemessen für die Probleme des Patienten in dieser Sitzung.
- 4 Der Therapeut schien eine gute, kohärente Veränderungsstrategie zu verfolgen, die sich ausreichend erfolgsversprechend zeigte und schematherapeutische Techniken beinhaltete. Der Therapeut hätte jedoch für diese Sitzung entweder eine bessere Veränderungsstrategie anwenden, oder angemessenere schematherapeutische Techniken für diese Sitzung anwenden können.
- 6 Der Therapeut verfolgte eine hervorragende Veränderungsstrategie, die sehr klar, konsistent, angemessen und erfolgsversprechend für die Probleme des Patienten schien und schematherapeutische Techniken beinhaltete, die für diese Sitzung besonders angebracht waren.

Ausschluss:: Dieses Item beinhaltet nicht, wie gut der Therapeut diese Strategie anwandte. Dies wird in den Items 10,11 und 12 bewertet. Wenn die Strategie aus der Schematherapie stammte und dem

Problem des Patienten angemessen war, sollte der Therapeut in diesem Item eine hohe Punktzahl erzielen, selbst wenn der Therapeut die Techniken ineffektiv einsetzte. Desweiteren sollte der Therapeut keine niedrigere Punktzahl erreichen, wenn keine Veränderung stattfindet, solange die gewählte Strategie sinnvoll war.

10. ANWENDUNG KOGNITIVER VERÄNDERUNGSTECHNIKEN

Der Therapeut verwendet gekonnt kognitive Techniken aus der Schematherapie. Kognitive Veränderungsstrategien zielen in der Regel auf die logische, empirische oder rationale Analyse von Glaubenssätzen ab. Zu den üblichen kognitiven Techniken, die verwendet werden können, gehören:

- a. *Der Therapeut bietet ein Reframing der Vergangenheit an, um Schemata zu bekämpfen. Zum Beispiel reattribuiert der Therapeut die schlechte Behandlung des Kindes durch die Eltern auf die Unzulänglichkeiten der Eltern, anstatt auf Unzulänglichkeiten des Patienten.*
- b. *Der Therapeut unterstützt den Patienten darin, Lebensprobleme als Erwachsener auf Schemata oder Schemamodi zu attribuieren, anstatt auf dem Patienten innewohnende Fehler.*
- c. *Der Therapeut hilft dem Patienten, Beweise zu betrachten, um bestimmte Schemata auf Richtigkeit zu überprüfen und zeigt schemabedingte kognitive Verzerrungen auf.*
- d. *Der Therapeut prüft ein Schema, indem er mittels eines Lebensrückblicks Pro und Kontra sammelt, um das Schema zu widerlegen.*
- e. *Der Therapeut entwickelt ein starkes rational und empirisch basiertes Konstrukt, das dem Schema widerspricht und das der Patient intellektuell akzeptiert.*
- f. *Der Therapeut führt zur kognitiven Umstrukturierung mit dem Patienten einen Schemadialog zwischen der Schemaseite und der gesunden Seite durch.*
- g. *Der Therapeut entwickelt eine Schema-Memocard basierend auf der Schema-Memokarten-Schablone, die den Standpunkt des gesunden Erwachsenen zusammenfasst.*
- h. *Der Therapeut bespricht ein komplettes Schematagebuch mit dem Patienten.*

Ausschluss: Der Rater sollte nicht beurteilen, ob die Anwendung der kognitiven Techniken eine gute Strategie darstellt oder ob kognitive Techniken in dieser Sitzung überhaupt notwendig waren. Der Therapeut sollte nur dahingehend bewertet werden, wie gut die kognitiven Techniken in dieser Sitzung umgesetzt wurden.

Erläuterung: Rollenspiel, Dialoge und Imagination werden im Allgemeinen nur dann als kognitive Techniken aufgefasst, wenn sie in erster Linie genutzt werden, um die verzerrte kognitive Perspektive des Patienten zu verändern. Wenn Rollenspiel, Dialog, oder Imagination in erster Linie zur Veränderung von Emotionen oder als limited reparenting eingesetzt werden, handelt es sich um emotionsfokussierte Techniken. Wenn der Fokus auf der Verhaltensänderung liegt, handelt es sich um Techniken zur Unterbrechung von Verhaltensmustern.

N/A Der Therapeut nutzte keine kognitiven Veränderungstechniken.

0 Der Therapeut setzte kognitive Veränderungstechniken sehr schlecht um.

2 Die Umsetzung der kognitiven Veränderungstechniken war von groben Fehlern gekennzeichnet oder die Techniken wurden so eingesetzt, dass ihre Wirksamkeit begrenzt war.

4 Der Therapeut setzte kognitive Techniken gut ein, hätte jedoch geschickter in der Umsetzung sein können.

6 Der Therapeut setzte kognitive Veränderungstechniken in hervorragender Weise ein.

11. ANWENDUNG VON EMOTIONSFOKUSSIERTEN VERÄNDERUNGSTECHNIKEN

Der Therapeut setzt emotionsfokussierte Techniken aus der Schematherapie gekonnt ein. Zu den üblichen emotionsfokussierten Techniken, die verwendet werden können, gehören:

- a. *Reparenting* des *verletzbaren Kindes* durch Imagination
- b. Entladung von Ärger über bedeutsame Andere (üblicherweise im Modus des *Wütenden Kindes*)
- c. Trauern über Verluste
- d. Imagination, um den *distanzierten Beschützer* zu umgehen
- e. Briefe an Eltern, um Emotionen und unerfüllte Bedürfnisse auszudrücken
- f. Imaginative Dialoge, um den *strafenden Elternteil* zu externalisieren und zu bekämpfen
- g. Arbeit mit traumatischen Erinnerungen

Ausschluss: Der Rater sollte nicht beurteilen, ob es sich bei der emotionsfokussierten Technik im Allgemeinen um eine gute Strategie handelt oder ob emotionsfokussierte Techniken in dieser Sitzung angemessen waren. Der Therapeut sollte nur dahingehend bewertet werden, wie gut die emotionsfokussierten Techniken in dieser Sitzung umgesetzt wurden.

Erläuterung: Wenn das Rollenspiel, der Dialog oder die Imagination in erster Linie zur Veränderung von Emotionen oder zum limited reparenting eingesetzt wurden, handelt es sich um emotionsfokussierte Techniken. Rollenspiel, Dialoge und Imaginationen sind im Allgemeinen nur dann kognitive oder verhaltensorientierte Techniken, wenn sie darauf abzielen, eine interpersonelle Fertigkeit einzuüben oder die verzerrte kognitive Perspektive des Patienten direkt zu verändern.

- N/A Der Therapeut nutzte keine emotionsfokussierten Veränderungstechniken.
- 0 Der Therapeut setzte emotionsfokussierte Veränderungstechniken sehr schlecht um.
- 2 Die Umsetzung der emotionsfokussierten Veränderungstechniken war von groben Fehlern gekennzeichnet oder die Techniken wurden so eingesetzt, dass ihre Wirksamkeit begrenzt war.
- 4 Der Therapeut setzte emotionsfokussierte Techniken gut ein, hätte jedoch geschickter in der Umsetzung sein können.
- 6 Der Therapeut setzte emotionsfokussierte Veränderungstechniken in hervorragender Weise ein.

12. ANWENDUNG VON TECHNIKEN ZUR UNTERBRECHUNG VON VERHALTENSMUSTERN

Der Therapeut setzte gekonnt Techniken zur Unterbrechung von Verhaltensmustern aus der Schematherapie ein. Verhaltensorientierte Techniken fokussieren auf Verhaltensänderung und beinhalten das Erlernen interpersoneller Fähigkeiten sowie Grenzsetzung. Zu den üblichen verhaltensorientierten Techniken, die verwendet werden können, gehören:

- a. Der Therapeut setzt Imagination oder Rollenspiel ein, um reale Lebenssituationen außerhalb der Sitzung zu üben.
- b. Therapeut und Patient diskutieren neue Arten des Umgangs mit Lebensproblemen außerhalb der Sitzung.
- c. Der Therapeut bespricht, wie dysfunktionale Verhaltensmuster in intimen Beziehungen oder Freundschaften geändert werden können.
- d. Der Therapeut bespricht, wie dysfunktionale Verhaltensmuster im Arbeitsleben oder in der Schule geändert werden können.

- e. Der Therapeut setzt empathische Konfrontation oder Kontingenzmanagement ein, um den Patienten dazu zu „drängen“ eine Lebensveränderung umzusetzen, die zuvor besprochen, aber vom Patienten nicht verfolgt wurde:
- f. Der Therapeut setzt Grenzen, wenn der Patient dysfunktional agiert (z.B. Sitzungen verpasst, zu viel Alkohol trinkt, den Therapeuten Zuhause zu häufig anruft).
- g. Der Therapeut diskutiert bedeutsame Lebensveränderungen, damit die zentralen Grundbedürfnisse des Patienten erfüllt werden können.
- h. Der Therapeut identifiziert Schemata oder Modi, die den Patienten an einer Verhaltensänderung hindern und nutzt Techniken, um Hindernisse für die Verhaltensänderung zu überwinden.

Ausschluss: Der Rater sollte nicht beurteilen, ob es sich bei den Techniken zur Verhaltensänderung im Allgemeinen um eine gute Strategie handelt oder ob Techniken zur Verhaltensmodifikation in dieser Sitzung angemessen waren. Der Therapeut sollte nur dahingehend bewertet werden, wie gut die verhaltensorientierten Techniken in dieser Sitzung umgesetzt wurden.

Erläuterung: Rollenspiel, Dialoge oder Imaginationen sind im Allgemeinen verhaltensorientierte Techniken, wenn sie darauf abzielen, eine interpersonelle Fähigkeit einzuüben, anderes Verhalten direkt zu verändern oder Grenzen zu setzen. Wenn Rollenspiel, Dialoge und Imaginationen in erster Linie zur Veränderung von Emotionen oder für limited reparenting eingesetzt werden, handelt es sich um emotionsfokussierte Techniken. Wenn der Fokus auf der Veränderung von Gedanken und Glaubenssätzen liegt, handelt es sich um kognitive Techniken.

- N/A Der Therapeut nutzte keine Techniken zur Unterbrechung von Verhaltensmustern.
- 0 Der Therapeut setzte Techniken zur Unterbrechung von Verhaltensmustern sehr schlecht um.
- 2 Die Umsetzung der Techniken zur Unterbrechung von Verhaltensmustern war von groben Fehlern gekennzeichnet oder die Techniken wurden so eingesetzt, dass ihre Wirksamkeit begrenzt war.
- 4 Der Therapeut setzte Techniken zur Unterbrechung von Verhaltensmustern gut ein, hätte jedoch geschickter in der Umsetzung sein können.
- 6 Der Therapeut setzte Techniken zur Unterbrechung von Verhaltensmustern in hervorragender Weise ein.

13. THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG ZUR VERÄNDERUNG

Der Therapeut registriert, wenn Schemata, Bewältigungsstile oder Modi durch die therapeutische Beziehung aktiviert sind und nutzt die therapeutische Beziehung als ein Instrument, um Schemaveränderung zu bewirken. Der Therapeut achtet während der Sitzung auf die Interaktion zwischen Therapeut und Patient im „Hier und Jetzt“.

- N/A Die Beziehung des Patienten zum Therapeuten schien in der Sitzung nicht getriggert zu werden oder keine Rolle zu spielen. Es war richtig, dass der Therapeut die therapeutische Beziehung in der Sitzung nicht direkt thematisierte.
- 0 Die therapeutische Beziehung schien ein Problem während der Sitzung zu sein, aber der Therapeut unterließ es entweder diese zu thematisieren, wenn es notwendig gewesen wäre, oder ging mit der Beziehung auf eine schädigende Art und Weise um.

- 2 Der Therapeut bemerkte, dass Probleme in der therapeutischen Beziehung auftauchten und thematisierte dies mit dem Patienten in der Sitzung. Jedoch schien der Therapeut entweder nicht richtig zu verstehen, was in der therapeutischen Beziehung geschah, oder bemühte sich nicht die aktivierten Schemata, Bewältigungsstile oder Modi zu verändern.
- 4 Dem Therapeuten gelang es, die Probleme, die in der therapeutischen Beziehung auftauchten, zu thematisieren. Der Therapeut schien ein gutes Verständnis darüber zu haben, was sich zwischen ihm und dem Patienten abspielte und konnte dies mit dem Patienten kommunizieren. Der Therapeut nutzte schematherapeutische Techniken in hinreichend effektiver Art und Weise, um die maladaptiven Reaktionsmuster des Patienten innerhalb der therapeutischen Beziehung zu verändern.
- 6 Der Therapeut verstand es hervorragend, die Probleme, die sich innerhalb der therapeutischen Beziehung ergaben, zu thematisieren und genau zu verstehen, was sich zwischen ihm und dem Patienten abspielte. Er half dem Patienten, die aktivierten Schemata, Modi oder Bewältigungsstile zu verstehen. Der Therapeut korrigierte die maladaptiven kognitiven, emotionalen oder verhaltensmäßigen Reaktionen gekonnt, um Schemaveränderung innerhalb der therapeutischen Beziehung zu erwirken, indem er angemessene Techniken wie Selbstoffenbarung, kognitive Umstrukturierung oder Verhaltensexperimente einsetzte.

Ausschluss: Dieses Item beinhaltet nicht limited reparenting, welches in Item 1 bewertet wird. Ob der Therapeut die Szene in der Imagination als Hilfs-Ich betritt, wird unter Punkt 11 bewertet. Weiterhin wird dieses Item nur bewertet wenn innerhalb der therapeutischen Beziehung Schemata ausgelöst werden. Ansonsten, beurteilen sie dieses Item mit N/A.

_____ 14. SELBSTHILFETECHNIKEN AUSSERHALB DER SITZUNG

Der Therapeut schlägt vor oder vergibt angemessene, schemabasierte "Hausaufgaben" oder Bewältigungsfertigkeiten, die der Patient unter der Woche außerhalb der Sitzung ausprobieren kann, um die therapeutische Arbeit der Sitzung zu konsolidieren oder zu fördern. Der Therapeut bespricht die Hausaufgaben der vorigen Sitzung. Falls der Patient die vorigen Hausaufgaben nicht gemacht hat, exploriert der Therapeut die Gründe und bemüht sich Hindernisse zu beseitigen. Die üblichen schematherapeutischen Übungen zur Selbsthilfe beinhalten:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Memokarte (Flashcard) | <input type="checkbox"/> Kontakt zu Freunden aufnehmen |
| <input type="checkbox"/> "Übergangsobjekt" | <input type="checkbox"/> Arbeit an intimen Beziehungen |
| <input type="checkbox"/> "Schematagebuch" | <input type="checkbox"/> Das <i>verlassene Kind</i> versorgen |
| <input type="checkbox"/> Gesunde Schemaantworten als Audiodatei aufnehmen oder anhören | <input type="checkbox"/> Pro und Kontra auflisten, um Entscheidungen zu treffen, oder Beweise zu sammeln, um Schemata auf Wahrheitsgehalt zu testen |
| <input type="checkbox"/> Emotionen, Modi, oder Schema Trigger beobachten | <input type="checkbox"/> Therapeuten anrufen wenn angemessen |
| <input type="checkbox"/> Modus- oder Schemadialoge | <input type="checkbox"/> Gesunde Verhaltensänderungen üben |

N/A der Therapeut vergab keine Übungen zur Selbsthilfe und es war angemessen in dieser Sitzung keine Übungen zu vergeben. (In diesem Item sollte N/A nur für außergewöhnliche Sitzungen vergeben werden. Es ist fast immer angemessen, irgendeine Form von Übungen zur Selbsthilfe außerhalb der Sitzungen zu vergeben.)

- 0 Übungen zur Selbsthilfe außerhalb der Sitzung wurden vom Therapeuten nicht vergeben oder vorgeschlagen, obwohl es angemessen und hilfreich gewesen wäre.
- 2 Übungen zur Selbsthilfe außerhalb der Sitzung wurden vom Therapeuten vergeben oder vorgeschlagen, aber die Übungen waren nicht hilfreich oder nicht relevant für den Patienten, da sie viel zu vage oder für den Patienten nicht deutlich genug erklärt waren. Der Therapeut kann auch versäumt haben, die Übungen der vorigen Woche angemessen zu besprechen.
- 4 Dem Therapeuten gelang es gut, die Übungen zur Selbsthilfe der vorigen Woche zu besprechen und er erarbeitete wo notwendig Möglichkeiten, um Hindernisse zu überwinden. Der Therapeut vergab standardmäßige schemabasierte Selbsthilfe-Übungen, um den Patienten zu unterstützen Schemata zu modifizieren und mit Lebenssituationen in der kommenden Woche umzugehen. Die Selbsthilfe-Übungen hätten besser auf den Patienten zugeschnitten sein können, um die einzigartigen Bedürfnisse dieses Patienten zu befriedigen oder die Arbeit außerhalb der Sitzung voranzubringen.
- 6 Dem Therapeuten gelang es auf hervorragende Weise, die Übungen der vorigen Woche zu besprechen und er erarbeitete wo notwendig Möglichkeiten, um Hindernisse zu überwinden. Der Therapeut vergab schemabasierte Selbsthilfe-Übungen mit direktem Bezug zu der Sitzung, die darauf zugeschnitten waren, dem Patienten neue Perspektiven zu ermöglichen.

SUMMENWERT: _____

ANZAHL DER BEWERTEREN ITEMS (AUSSER N/A): _____

MITTELWERT: _____ . _____

Teil IV. GESAMTBEWERTUNG UND KOMMENTARE

_____ A. GESAMTBEWERTUNG DER SITZUNG

Wie würden Sie den Kliniker in dieser Sitzung **insgesamt** als Schematherapeuten bewerten?

0 1 2 3 4 5 6
sehr schwach ungenügend ausreichend gut sehr gut hervorragend
schwach

_____ B. Wenn Sie eine Outcome-Studie zur Schematherapie durchführen würden, würden Sie **diesen Therapeuten zu diesem Zeitpunkt** dafür auswählen (vorausgesetzt dies war eine typische Sitzung)?

1 2 3 4 5
Auf keinen Fall Eher nicht Unsicher Wahrscheinlich Ja Auf jeden Fall

_____ C. Was war Ihr Eindruck: Wie schwierig war es mit diesem Patienten zu arbeiten?

0 1 2 3 4 5 6
Sehr einfach Durchschnittlich Extrem
und schwierig schwierig
aufnahmebereit

_____ D. Gab es irgendwelche **bedeutsamen, ungewöhnlichen Faktoren**, die es aus Ihrer Sicht rechtfertigen, diese Sitzung **für die Evaluation** des Therapeuten **auszuschließen**? (Falls Sie „JA“ oder „Unklar“ angeben, begründen Sie dies bitte in den nachfolgenden Zeilen)

JA (Ausschluss der Sitzung) **NEIN** (Kein Ausschluss) **UNSICHER**
Falls „JA“ oder „Unsicher“, bitte begründen:

Gültig ab 11.04.2011

Kompetenzskala für Schematherapeuten (STCS-I-1)
Zusammenfassender Beurteilungsbogen

Therapeut _____ Rater _____ Datum _____ Sitzung# _____

I. ALLGEMEINE THERAPEUTISCHE FÄHIGKEITEN

- _____ 1. Limited Reparenting
- _____ 2. Verstehen und Feinfühligkeit
- _____ 3. Zusammenarbeit, Feedback und Fokus der Sitzung
- _____ 4. Ausgewogenheit und Flexibilität des Therapeuten
- _____ 5. Vertrauen und Gelassenheit des Therapeuten

II. KONZEPTUALISIERUNG UND PSYCHOEDUKATION

- _____ 6. Schemaexploration & Diagnostik
- _____ 7. Schema-Psychoedukation und Labeling
- _____ 8. Verknüpfungen schemabasierter Situationen

III. SCHEMAVERÄNDERUNG

- _____ 9. Schema-Strategie zur Veränderung
- _____ 10. Anwendung kognitiver Veränderungstechniken
- _____ 11. Anwendung emotionsfokussierter Veränderungstechniken
- _____ 12. Anwendung von Techniken zur Unterbrechung von Verhaltensmustern
- _____ 13. Therapeutische Beziehung zur Veränderung
- _____ 14. Selbsthilfetechniken außerhalb der Sitzung

Summenwert (der bewerteten Items) _____

Anzahl bewerteter Items _____

MITTELWERT (mit einer Nachkommastelle) _____ , _____

IV. Zusätzliche Bewertungen und Kommentare

_____ **A. GESAMTBEWERTUNG DER SITZUNG**

_____ **B. AUSWAHL FÜR EINE OUTCOME-STUDIE?**

_____ **C. SCHWIERIGKEITSGRAD DES PATIENTEN**

D. AUSSCHLUSSFAKTOREN?

JA (Ausschluss der Sitzung)

NEIN (Kein Ausschluss)

UNSICHER

Falls "JA" oder "Unsicher", bitte begründen:

Dieser Zusammenfassungsbogen wurde ausschließlich zur ergänzenden Verwendung mit der vollständigen STCS-I-1 Skala entwickelt.