

Schematherapie-Rating-Skala (STRS-1-dt) für individuelle Therapiesitzungen (STRS-I-1-G)

Therapeut: _____ Patient: _____ Datum der Sitzung: _____

Bandnr.: _____ Rater: _____ Datum des Ratings: _____

Sitzung: _____ () Videoband () Tonband () Live Beobachtung

Anweisung: Für jedes Item ist der Therapeut auf einer Skala von 0 bis 6 zu bewerten und die Bewertung ist auf die Linie vor der Item-Nr. einzutragen. Für gradzahlige Skalenpunkte sind Beschreibungen vorgegeben. Wenn Sie glauben, dass der Therapeut zwischen zwei Beschreibungen fällt, wählen Sie bitte die dazwischen liegende ungerade Zahl (1,3,5). Zum Beispiel: Wenn der Therapeut besser ist als die Beschreibung für 4, aber nicht so gut wie die Beschreibung für 6, ordnen Sie bitte ein Rating von 5 zu. Falls die Beschreibungen gelegentlich für ein gegebenes Item für die Sitzung nicht zutreffend erscheinen, die Sie gerade beurteilen, beachten Sie sie bitte nicht und benutzen die unten angegebene allgemeinere Skala:

0	1	2	3	4	5	6
Sehr unvollkommen	unvollkommen	unbefriedigend	angemessen	gut	sehr gut	hervorragend

Bitte lassen Sie kein Item unausgefüllt. Bitte konzentrieren Sie sich bei allen Items auf die **Fertigkeit des Therapeuten** und berücksichtigen Sie dabei, wie schwierig der Patient zu sein scheint. Benutzen Sie die Möglichkeit des N/A (Nicht anwendbar) nur, wenn Ihnen dies für das Item, welches sie beurteilen, angeboten wird. (Benutzen Sie diese Beurteilungs-Skala nicht für sehr frühe oder Abschlussitzungen).

Teil I. Generelle therapeutische Fähigkeiten

1. Begrenzte elterliche Fürsorge (limited reparenting)

1. Begrenzte elterliche Fürsorge (limited reparenting) beinhaltet, dass der Therapeut zentrale Bedürfnisse des Patienten, die in der Kindheit nicht beantwortet wurden, innerhalb der angemessenen Grenzen der therapeutischen Beziehung unmittelbar befriedigt. Begrenzte elterliche Fürsorge beinhaltet Wärme, Akzeptanz, nonverbalen Ausdruck von Fürsorge, Validierung, Autonomiegewährung, Grenzen setzen, genauso wie andere Verhaltensweisen, die sich auf unbefriedigte Kindheitsbedürfnisse beziehen. Um mit 5 oder 6 zu punkten, muss der Therapeut in der begrenzten elterlichen Fürsorge über die übliche therapeutische Fürsorge und Wärme hinausgehen.

0 Verhielt sich in einer Weise, die den Patienten verletzt hat (wie zu kritisieren, zurückzuweisen oder zu provozieren); oder engagierte sich überhaupt nicht in irgendeiner Form von gesunder begrenzter elterlicher Fürsorge (d.h. Wärme oder Fürsorge waren abwesend.)

2 Etwas begrenzte elterliche Fürsorge, aber minimal. Verletzte zwar den Patienten nicht, aber hatte bedeutsame Schwierigkeiten, die zentralen emotionalen Bedürfnisse des Patienten zu beantworten (z.B. war kalt, distanziert oder invalidierend).

4 Er schaffte es gut, die meisten zentralen Bedürfnisse des Patienten zu beantworten, aber demonstrierte keine begrenzte elterliche Fürsorge, die weiter ging als die Fürsorge, die ein warmer, mitfühlender Therapeut vieler anderer therapeutische Ansätze gezeigt hätte.

6 Hervorragende und angemessene begrenzte elterliche Fürsorge. Ging über die übliche Wärme und Fürsorge bei der Beantwortung zentraler Bedürfnisse des Patienten hinaus (z.B. gab er extra Therapiezeit, wenn benötigt, machte Telefonanrufe, berichtete über sich selbst (self-disclosed), gab Übergangsobjekte).

Ausschlüsse: Dieses Item bezieht sich nicht auf die Fähigkeit des Therapeuten, mit dem Patienten mitzufühlen oder ihn zu verstehen, da diese Fertigkeiten in Item 2 abgedeckt werden. Wenn begrenzte elterliche Fürsorge durch Imagination angeboten wird, so sollte dies unter den emotions-focussierten Veränderungstechniken (Item 11) bewertet, und nicht als Teil dieses Items beurteilt werden.

2. Verstehen und Einstimmung

0 Wiederholt verfehlte der Therapeut es zu verstehen, was der Patient ausdrücklich sagte und bekam so kontinuierlich nicht mit, um was es ging. Sehr schlechte empathische Fertigkeiten.

2 Der Therapeut konnte in der Regel widerspiegeln oder reformulieren, was der Patient explizit sagte, aber er versäumte wiederholt, auf subtilere Mitteilungen einzugehen. Begrenzte Fertigkeit zuzuhören und mitzufühlen.

4 Gute Fertigkeit zuzuhören und mitzufühlen. Der Therapeut schien in der Regel die innere Realität des Patienten zu verstehen, sowohl wie sie in dem, was der Patient offensichtlich sagte, als auch wie sie in dem, was der Patient auf subtileren Wegen mitteilte, widergespiegelt wurde.

6 Hervorragende Fertigkeit zu verstehen und mitzufühlen. Der Therapeut schien die innere Realität des Patienten allzeit zu verstehen und war fähig, dieses Verständnis durch angemessene verbale und non-verbale Antworten dem Patienten gegenüber zu vermitteln (z.B. der Tonfall der Antwort des Therapeuten war auf den gefühlsmäßigen Zustand des Patienten abgestimmt)

Ausschluss: Dieses Item bezieht sich auf den Grad der Empathie und des Verstehens des Therapeuten, aber es beinhaltet nicht Wärme, Fürsorge und andere Aspekte der begrenzten elterlichen Fürsorge des oben stehenden Item 1.

3. Zusammenarbeit, Feedback & Sitzungsfokus

0 Der Therapeut arbeitete nicht mit dem Patienten zusammen. Er etablierte keinen Sitzungsfokus oder er fragte nicht nach Feedback über die Sitzung oder die therapeutische Beziehung.

2 Der Therapeut bemühte sich, mit dem Patienten zusammenzuarbeiten, aber hatte deutliche Schwierigkeiten, ein Problem zu definieren, welches der Patient für wichtig hielt oder eine Arbeitsbeziehung mit dem Patienten zu etablieren oder aber nach Feedback zu fragen.

4 Dem Therapeuten gelang es gut, mit dem Patienten zusammen zu arbeiten: Auf ein Problem zu fokussieren, welches sowohl vom Patienten wie auch vom Therapeuten als wichtig erachtet wurde, eine gute Arbeitsbeziehung aufzubauen und generelles Feedback zu erfragen.

6 Die Zusammenarbeit schien hervorragend. Neben der Einigkeit über den Fokus und einer sehr guten Beziehung ermutigte der Therapeut den Patienten zusätzlich, so weit wie möglich, eine aktive Rolle während der Sitzung einzunehmen (z.B. indem er Wahlmöglichkeiten offerierte), so dass beide als Team arbeiten konnten. Der Therapeut holte geschickt Feedback ein, spürte wie der Patient auf die Sitzung reagierte und konnte seine Herangehensweise für die weitere Zusammenarbeit anpassen.

4. Therapeutische Balance und & Flexibilität

Der Therapeut demonstrierte eine balancierte (dialektische) und flexible Herangehensweise in seinem / ihrem Stil der Therapie, die angemessen für die Stimmungslage des Patienten wie für die Sitzungsziele war. Z.B. konnte der Therapeut Folgendes verbinden: Behutsamkeit mit Konfrontation, direktiv sein mit weniger direktiv sein, die Dinge laufen zu lassen mit Drängen, Ausdrucksfreiheit zu erlauben mit dem gleichzeitigen Setzen von Grenzen und Emotionen mit Rationalität.

- 0 Der Therapeut versäumte es, eine balancierte flexible Herangehensweise in vielen wichtigen Aspekten seines oder ihres Verhaltens zu benutzen (z.B. wirkte er rigide, überstark konfrontierend, zu passiv, zu dominierend, zu rational oder zu einschränkend). Dieser Mangel an Balance war deutlich schädigend für die gesamte Sitzung.
- 2 Der Therapeut schien in gewisser Hinsicht (dialektisch) balanciert zu sein, aber war nicht in der Lage, flexibel in einen oder zwei wichtigen Herangehensweisen zu sein, was insgesamt die Nützlichkeit (das Helfende) der Sitzung negativ beeinflusste.
- 4 Dem Therapeuten gelingt es gut, verschiedene Elemente seines / ihres therapeutischen Herangehens zu balancieren. Trotzdem scheint der Stil nicht optimal für diesen spezifischen Patienten zu sein. Der Therapeut ließ die Balance in einem oder mehreren weniger wichtigen Bereichen vermissen. Trotzdem reduziert diese Begrenzung die Nützlichkeit (das Helfende) der Sitzung nicht wesentlich.
- 6 Der Therapeut kann hervorragend einen balancierten therapeutischen Stil aufrechterhalten und zeigt eine optimale Ausprägung der Flexibilität bei der Anpassung seines oder ihres Stiles an die spezifischen Bedürfnisse und Gefühle dieses Patienten während der ganzen Sitzung.

5. Therapeutisches Vertrauen & Gelassenheit

Der Therapeut schien ein gesundes Selbstvertrauen in seine eigenen Fertigkeiten zu haben. Er wirkte nicht ängstlich oder unsicher. Er konnte eine klare Idee über die Richtung der Sitzung vermitteln. Er wirkte nicht unangemessen selbstbewusst oder selbstbezogen. Es gab keine Versuche zu beeindrucken oder ein zu starkes Bemühen zu gefallen. Er spielte nicht die Rolle eines Therapeuten, sondern er schien zufrieden zu sein und sich wohl damit zu fühlen, er oder sie selbst zu sein.

0 Der Therapeut scheint extrem unsicher, ihm mangelte es an Selbstertrauen oder er wirkte selbstherrlich. Er scheint entweder zu ängstlich zu sein oder überzogen selbstbewusst, oder er übernimmt keine Kontrolle über die Richtung der Sitzung.

2 Der Therapeut hat deutliche Schwierigkeiten, entspannt und sicher zu erscheinen oder die Richtung anzugeben. Er könnte den Eindruck vermitteln als sei er entweder zu bemüht zu gefallen, zu passiv oder zu selbstbezogen.

4 Dem Therapeuten gelingt es gut, seine eigene Selbstsicherheit zu vermitteln und eine Richtung der Sitzung anzugeben. Er wirkt generell entspannt, anstatt unsicher oder bemüht zu beeindrucken.

6 Der Therapeut zeigte optimale Ausprägungen von Selbstvertrauen, Gelassenheit und innerer Sicherheit. Er gibt eine hilfreiche Richtung in einer angemessenen Weise vor. Insbesondere wirkt der Therapeut natürlich und spontan als er selbst seiend, anstatt dass es den Anschein hat, er folge Standardregeln über das, wie ein guter Therapeut sein oder was er tun sollte.

Teil II Konzeptualisierung und Edukation

6. Schemaexploration und diagnostische Einschätzung

Durch einen Prozess der Exploration und der Messung versucht der Therapeut, die Probleme des Patienten und die zu Grunde liegenden Themen und Muster in Schematermini zu konzeptualisieren. Durch gekonntes Nachfragen, (einführendes) Verstehen gegenwärtiger Lebenserfahrungen und durch die Interpretation der Schemainventare identifiziert der Therapeut Schemata, Modes, Bewältigungsstile und Lebensmuster.

N/A Der Therapeut war nicht mit der Schemaexploration oder der diagnostischen Einschätzung beschäftigt. Diese waren aber auch nicht notwendig oder nicht angemessen für diese spezifische Sitzung.

0 Der Therapeut versäumte es, Schemata oder Muster zu explorieren oder einzuschätzen, obwohl dieser Prozess notwendig oder höchst wünschenswert für die Effektivität dieser Sitzung gewesen wäre.

2 Der Therapeut machte einige Versuche, Schemata oder Muster zu explorieren oder einzuschätzen, aber stellte die Fragen nicht in einer gekonnten Weise, benutzte die Inventare nicht korrekt oder integrierte die Informationen nicht in einer hilfreichen Weise. Somit war die Schemakonzepualisierung fehlerhaft, unvollständig oder passte nicht in einer kohärenten Weise zueinander.

4 Dem Therapeuten gelang es gut, die Patientenprobleme in Schematermini zu konzeptualisieren. Der Therapeut benutzte Nachfragen, Inventare oder die Lebenserfahrung des Erwachsenenlebens des Patienten, um eine hilfreiche und zutreffende Konzeptualisierung zu entwickeln.

6 Hervorragende Schemaexploration und Einschätzung. Der Therapeut verhielt sich sehr gekonnt im Sammeln von Informationen, beim Stellen von Fragen, der Anwendung der Inventare und / oder in der Befragung über Lebenserfahrungen. Der Therapeut zeigte bemerkenswerte Einsicht und die Fähigkeit, vielfältige

Informationen zu einem einheitlichen Konzept zusammen zu fassen, das für diesen Patienten maßgeschneidert war.

Ausschluß: Dieses Item beinhaltet nicht die Diskussion der in der Kindheit liegenden Ursachen der Probleme, den Gebrauch von Kindheitsimaginationen oder die Untersuchung der therapeutischen Beziehung zur diagnostischen Einschätzung. Diese werden in Item 8 beurteilt. Dieses Item beinhaltet nicht die Edukation des Patienten über die Schema-Konzeptualisierung, die in Item 7 beurteilt wird.

7. **Schemaedukation & Labeling**

Der Therapeut klärt den Patienten in Schematermini über seine / ihre gegenwärtigen Probleme, Lebensmuster, emotionalen Muster, Fehlwahrnehmungen oder fehlangepasste Verhaltensweisen (Psychoedukation) auf. Der Therapeut benennt explizit Schemata, Kernbedürfnisse, Modes (Zustände), und / oder Bewältigungsstile für den Patienten, wenn sie auftauchen. Der Therapeut vermittelt diese Konzepte wirksam in einer Weise, die der Patient klar verstehen kann.

- 0 Der Therapeut klärte den Patienten nicht über seine / ihre Probleme in einer Weise auf, die der Patient verstehen konnte, und die Schemata, Kernbedürfnisse, Modes (Zustände) und / oder Bewältigungsstile wurden nicht benannt, wenn sie auftauchten.
- 2 Der Therapeut versuchte, den Patienten über seine / ihre Probleme aufzuklären, aber die Konzepte oder Schemabezeichnungen wurden inkorrekt erklärt. Der Therapeut verwandte keine Schematermini oder er erklärte die Konzepte nicht auf eine Art und Weise, die der Patient klar zu verstehen schien.
- 4 Dem Therapeuten gelang es gut, den Patienten über seine / ihre gegenwärtigen Probleme aufzuklären. Er erklärte diese Probleme erfolgreich, indem er Schema basierte Bezeichnungen benutzte und er erklärte diese Informationen in einer Art, dass der Patient diese verstehen konnte. Der Therapeut hätte noch geschickter in der Erklärung der Patientenprobleme oder aber im Gebrauch der Schematerminologie sein können.
- 6 Dem Therapeuten gelang die Aufklärung des Patienten über seine / ihre gegenwärtigen Lebensprobleme hervorragend, er erklärte diese Probleme, indem er angemessene Schemabezeichnungen benutzte und diese Information sehr gekonnt in einer Weise mitteilte, die der Patient einfach verstehen und auf die er sich einfach beziehen konnte.

8. **Verknüpfung schemabasierter Situationen**

Der Therapeut verknüpft unterschiedliche Lebenssituationen oder Lebensereignisse – vergangen oder gegenwärtig-, die die gleichen zu Grunde liegenden Schemata, Modes, Emotionen, Verhaltensweisen und / oder Bewältigungsstile haben. Am häufigsten kommen Verknüpfungen zwischen gegenwärtigen Lebensproblemen, Kindheits- oder Jugendursachen, frühere Lebenssituationen des frühen Erwachsenenlebens oder Interaktion in der therapeutischen Beziehung vor. Die Verknüpfung kann durch Imagination, durch Fragen an den Patienten ähnliche Situationen zu identifizieren oder durch den Therapeuten, der Ähnlichkeiten zwischen Ereignissen herausstellt, hergestellt werden.

- 0 Der Therapeut versuchte nicht, Lebensereignisse zu verknüpfen, die gemeinsame schemabasierte Themen teilen.

2 Der Therapeut versuchte schemabasierte Ereignisse zu verknüpfen, aber die Verknüpfungen waren unzutreffend oder fanden beim Patienten keinen Widerhall oder wurden in einer Weise erklärt, dass der Patient nicht verstehen konnte, wie die Ereignisse miteinander verknüpft sind.

4 Der Therapeut gelang es gut, schemabasierte Lebensereignisse zu verknüpfen. Aber die Verknüpfungen hätten zentraler für die Lebensprobleme des Patienten sein können oder hätten dem Patienten effektiver erklärt werden können (z.B. hätte er Imagination benutzen können, anstatt die Verbindungen nur verbal zu benennen).

6 Dem Therapeuten gelang es hervorragend, die Lebensereignisse zu verknüpfen, die ein gemeinsames schemabasiertes Thema haben. Die Verknüpfungen waren für die gegenwärtigen Probleme des Patienten zentral und wurden dem Patienten erklärt, indem die wirksamsten Techniken und die verständlichste Sprache benutzt wurde.

Teil III Schemaveränderung

9. Schemastrategien zur Veränderung

Der Therapeut sollte eine klare Strategie haben, um mit den gegenwärtigen Problemen des Patienten Fortschritte zu machen. Es sollte für den Beurteiler klar sein, dass der Therapeut den Patienten in einer zusammenhängenden und stimmigen Weise in Richtung Schemaveränderung führt. Der Therapeut muss Strategien benutzen, die angemessen und vielversprechend erscheinen, den Patienten bei der Veränderung zu helfen und sie müssen zusätzlich aus der Schematherapie stammen. Z.B.: Der Therapeut erkennt, dass der Patientenzustand des verletzbaren Kindes durch die Trennung vom Freund aktiviert wurde und er benutzt dann Imagination, um den Patienten in dieser Situation mit begrenzter elterlicher Fürsorge zu begleiten. Der Therapeut hätte auch einige andere Schemastrategien in dieser Situation benutzen können, wie das Unterbrechen von Verhaltensmustern, kognitive Umstrukturierung oder die therapeutische Beziehung, und er würde dann genauso hoch bewertet werden, sofern die Strategie angemessen und vielversprechend war.

N/A Der Therapeut versuchte nicht, irgendeine Schemaveränderung während dieser Sitzung hervorzubringen (z.B.: Der Fokus der Sitzung war ausschließlich auf die diagnostische Einschätzung oder das Bindungsverhalten in der Beziehung gerichtet.). Daher war es angemessen, dass der Therapeut keine Schemaveränderung in dieser Sitzung versuchte.

0 Der Therapeut zeigte entweder überhaupt keine klar erkennbare Strategie zur Veränderung oder gebrauchte keine Strategien, die aus der Schematherapie stammen (d.h., die therapeutische Herangehensweise war zu unspezifisch oder zu allgemein-psychotherapeutisch, in dem Sinne, dass sie typisch für viele andere Therapieansätze hätte sein können).

2 Der Therapeut hatte eine Strategie für Veränderungen und benutzte schematherapeutische Techniken. Trotzdem war die Strategie vage und unzusammenhängend; oder die Strategie und die Techniken schienen für die Probleme des Patienten in dieser Sitzung nicht angemessen zu sein.

4 Der Therapeut schien eine gute und zusammenhängende Strategie für Veränderung zu haben, die nachvollziehbaren Erfolg versprach und schematherapeutische Techniken beinhaltete. Trotzdem hätte der Therapeut entweder eine bessere Strategie zur Veränderung nutzen oder aber er hätte vermehrt angemessenere schematherapeutische Techniken für diese Sitzungen aufnehmen können.

6 Der Therapeut folgte einer hervorragenden Strategie zur Veränderung, die sehr klar, zusammenhängend, angemessen und vielversprechend für die Patientenprobleme erschien und die angemessensten schematherapeutischen Techniken für diese Sitzung beinhaltete.

Anmerkung: Dieses Item bezieht sich nicht darauf, wie gut der Therapeut die Strategie anwandte. Dieses wird in den Item 10, 11 und 12 beurteilt. Falls die Strategie aus der Schematherapie stammt und für das Problem angemessen war, sollte der Therapeut in diesem Item hoch beurteilt werden, selbst wenn der Therapeut die Techniken in einer ineffektiven Weise ausgeführt haben sollte. Weiterhin sollte der Therapeut nicht schlechter bewertet werden, wenn keine Veränderung stattfindet, solange die Strategie nachvollziehbar erscheint.

10. Anwendung von kognitiven Veränderungstechniken

Der Therapeut wendet kognitive Techniken, die aus der Schematherapie stammen, in einer gekonnten Weise an. Die kognitive Veränderungsstrategien fokussieren üblicher Weise auf die logische, empirische oder rationale Analyse von Glaubenssätzen. Einige der kognitiven Techniken, die benutzt werden können, sind folgende:

- a. Der Therapeut gibt der Vergangenheit einen neuen Rahmen, um Schemata zu entkräften. Z.B.: Der Therapeut schreibt die negative Behandlung des Kindes durch die Eltern den Defiziten der Eltern zu und nicht Defiziten des Patienten (Reattribution).
- b. Der Therapeut hilft dem Patienten, seine Lebensprobleme als Erwachsener auf Schemata oder Schemamodes zurückzuführen, und nicht auf dem Patienten innewohnende Fehler (oder Defekte).
- c. Der Therapeut hilft dem Patienten, Beweise oder Belege zu suchen und zu überprüfen, ob ein spezifisches Schema zutreffend ist und stellt kognitive Verzerrungen heraus, die schemageleitet sind.
- d. Der Therapeut überprüft ein Schema, indem er eine Lebensrückschau vornimmt, und dabei Belege oder Beweise für Pro und Contra sammelt, um das Schema zu widerlegen.
- e. Der Therapeut trägt gewichtige rationale und empirische Argumente gegen ein Schema zusammen, das der Patient intellektuell akzeptiert.
- f. Der Therapeut führt mit dem Patienten zwischen der Schemaseite und der gesunden Seite einen Schemadialog mit dem Ziel kognitiver Umstrukturierung durch.
- g. Der Therapeut entwickelt eine Schema-Memokarte, die, basierend auf der Schema-Memokarten-Schablone, den Gesichtspunkt des gesunden Erwachsenen zusammenfasst.
- h. Der Therapeut geht mit dem Patienten ein komplettes Schematagebuch durch.

Ausnahmen: Der Beurteiler sollte nicht beurteilen, ob die angewandte kognitive Technik insgesamt eine gute Strategie ist oder ob kognitive Techniken für diese Sitzung notwendig sind. Die Therapeuten sollten ausschließlich danach beurteilt werden, wie gut sie kognitive Techniken in dieser Sitzung ein- und durchführt haben.

Erklärung: Rollenspiele, Dialoge und Imaginationen werden generell als kognitive Techniken nur dann beurteilt, wenn es ihre primäre Intention ist, die gestörte kognitive Perspektive des Patienten zu verändern. Wenn Rollenspiele, Dialoge oder Imaginationen primär intendieren, Emotionen zu verändern oder begrenzte elterliche Fürsorge zu gewährleisten, dann werden sie als emotionsfokussierte Techniken eingeschätzt. Wenn der Fokus auf der Veränderung von

Verhalten liegt, dann werden sie als Techniken zur Unterbrechung von Verhaltensmustern angesehen.

- N/A Der Therapeut nutzte keine kognitiven Veränderungstechniken.
- 0 Der Therapeut hatte sehr große Schwierigkeiten in der Anwendung kognitiver Veränderungstechniken.
- 2 Es traten wesentliche Mängel in der Art auf, wie kognitive Techniken angewandt wurden, welche ihre Wirksamkeit bedeutsam minderten.
- 4 Dem Therapeuten gelang es gut, kognitive Techniken anzuwenden, aber er hätte geschickter sein können.
- 6 Dem Therapeuten gelang es hervorragend, kognitive Techniken zur Veränderung anzuwenden.

11. Anwendung von emotionsfokussierten Veränderungstechniken

Der Therapeut wendet emotionsfokussierte Veränderungstechniken aus der Schematherapie in einer gekonnten Weise an. Einige der üblichen emotionsfokussierten Techniken, die benutzt werden können, beinhalten:

- a. Begrenzte elterliche Fürsorge für das verletzte Kind durch Imagination.
- b. Äußerung/Entladung von Ärger über wichtige Bezugspersonen (üblicherweise in dem Modus des ärgerlichen Kindes.
- c. Über Verluste trauern,
- d. Imaginationen, um den distanzierten Beschützer zu umgehen.
- e. Briefe an die Eltern, die Gefühle und unbefriedigte Bedürfnisse ausdrücken.
- f. Imaginäre Dialoge, um den bestrafenden Elternteil zu externalisieren und zu bekämpfen.
- g. Arbeit mit traumatischen Erinnerungen.

Ausnahme: Die Beurteiler sollten nicht beurteilen, ob eine emotionsfokussierte Technik insgesamt eine gute Strategie ist oder ob emotionsfokussierte Techniken für diese Sitzung notwendig gewesen wären. Therapeuten sollten ausschließlich dahingehend beurteilt werden, wie gut sie die emotionsfokussierten Techniken in dieser Sitzung ein- und durchgeführt haben.

Erklärung: Wenn durch das Rollenspiel, den Dialog oder die Imagination hauptsächlich beabsichtigt wird, Emotionen zu verändern oder begrenzte elterliche Fürsorge auszuüben, dann können sie als emotionsfokussierte Technik bewertet werden. Im Allgemeinen werden Rollenspiele, Dialoge und Imaginationen dann als kognitive oder verhaltensorientierte Techniken beurteilt, wenn sie beabsichtigen, interpersonelle Fertigkeiten zu üben oder direkt die verzerrte kognitive Perspektive des Patienten zu verändern.

- N/A Der Therapeut nutzte keine emotionsfokussierte Veränderungstechniken.
- 0 Der Therapeut hatte sehr große Schwierigkeiten, emotionsfokussierte Veränderungstechniken zu implementieren.
- 2 Es traten wesentliche Mängel in der Art auf, wie emotionsfokussierte Techniken angewandt wurden, welche ihre Wirksamkeit bedeutsam minderten.
- 4 Dem Therapeuten gelang es gut, emotionsfokussierte Veränderungstechniken, anzuwenden, aber er hätte geschickter sein können.

- 6 Dem Therapeuten gelang es hervorragend emotionsfokussierter Techniken zur Veränderung anzuwenden.

12. Anwendung von Verhaltensmuster-Unterbrechung

Der Therapeut wendet Techniken aus der Schematherapie zum Unterbrechen von Verhaltensmustern aus der Schematherapie in einer gekonnten Weise an. Verhaltensorientierte Techniken sind auf Verhaltensveränderung fokussiert, sie beinhalten das Erlernen interpersoneller Fähigkeiten und das Setzen von Grenzen. Einige der gebräuchlichen Techniken zum Unterbrechen von Verhaltensmustern, die benutzt werden können, beinhalten:

- a. Der Therapeut benutzt Imaginationen oder Rollenspiel, um wirkliche Lebenssituationen außerhalb der Sitzung einzuüben.
- b. Der Therapeut und der Patient diskutieren neue Arten des Umganges mit Lebensproblemen außerhalb der Sitzung.
- c. Der Therapeut bespricht, wie man dysfunktionale Muster in intimen Beziehungen oder Freundschaften verändern kann.
- d. Der Therapeut diskutiert, wie man dysfunktionale Muster in Arbeits- oder Ausbildungssituationen verändern kann.
- e. Der Therapeut „drängt“ den Patienten, Lebensveränderungen vorzunehmen, die zuvor diskutiert, aber noch nicht zu Ende geführt wurden. Er benutzt emphatische Konfrontation oder Kontingenzmanagement.
- f. Der Therapeut setzt Grenzen, wenn der Patient in einer dysfunktionalen Weise ausagiert (z.B. zu Sitzungen nicht erscheint, zu viel Alkohol trinkt, den Therapeuten zu Hause zu häufig anruft).
- g. Der Therapeut diskutiert die Vornahme größerer Lebensveränderungen, damit der Patient seine zentralen Bedürfnisse befriedigt bekommen kann.
- h. Der Therapeut identifiziert Schemata oder Modes, die den Patienten daran hindern, Verhaltensveränderungen zu machen und benutzt Techniken, um Hindernisse für diese Verhaltensveränderungen zu überwinden.

Ausnahme: Der Beurteiler soll nicht beurteilen, ob die verhaltensorientierte Technik insgesamt eine gute Strategie ist oder ob verhaltensorientierte Techniken überhaupt für diese Sitzungen notwendig gewesen wären. Die Therapeuten sollten ausschließlich danach beurteilt werden, wie gut sie verhaltensorientierte Techniken in dieser Sitzung ein- und durchführt haben.

Erklärung: Rollenspiele, Dialoge und Imaginationen werden insgesamt als verhaltensorientiert beurteilt, wenn sie beabsichtigen, interpersonelle Fertigkeiten, direkte Veränderungen irgendeines anderen Verhaltens oder das Setzen von Grenzen zu üben. Wenn durch das Rollenspiel, den Dialog oder die Imagination hauptsächlich beabsichtigt wird, Gefühle zu verändern oder begrenzte elterliche Fürsorge zu gewähren, werden sie als emotionsfokussierte Techniken beurteilt. Wenn der Fokus auf der Veränderung von Gedanken und Überzeugung liegt, dann wird sie als kognitive Techniken beurteilt.

N/A Der Therapeut nutzte keine verhaltensorientierten Veränderungstechniken.

- 0 Der Therapeut hatte sehr große Schwierigkeiten, verhaltensorientierte Veränderungstechniken zu implementieren.
- 2 Es traten wesentliche Mängel in der Art auf, wie verhaltensorientierte Techniken angewandt wurden, welche ihre Wirksamkeit bedeutsam minderten.

- 4 Dem Therapeuten gelang es gut, verhaltensorientierte Veränderungstechniken, anzuwenden, aber er hätte geschickter sein können.
- 6 Dem Therapeuten gelang es hervorragend, verhaltensorientierte Techniken zur Veränderung anzuwenden.

13 Therapeutische Beziehung zur Veränderung

Der Therapeut bemerkt, wenn Schemata, Bewältigungsstile oder Zustände durch die therapeutische Beziehung selbst aktiviert werden und benutzt dann die Beziehung als Vehikel, um Schemaveränderung auf den Weg zu bringen. Der Therapeut fokussiert auf die Interaktion zwischen dem Therapeuten und dem Patienten im Hier und Jetzt während der Sitzung.

N/A Die Beziehung des Patienten zu dem Therapeuten schien kein Thema zu sein, das während der Sitzung auftauchte oder angesprochen wurde. Es war richtig vom Therapeuten, die therapeutische Beziehung nicht direkt zu fokussieren.

0 Die therapeutische Beziehung schien ein Problem während der Sitzung zu sein, aber dem Therapeuten gelang es entweder nicht, dieses anzusprechen, wenn er oder sie es hätte ansprechen sollen oder aber er/sie ging mit der Beziehung in einer schädigenden Weise um.

2 Der Therapeut bemerkte, dass Probleme in der therapeutischen Beziehung auftauchten und besprach dies während der Sitzung. Trotzdem schien der Therapeut entweder nicht zu verstehen, was in der therapeutischen Beziehung geschah oder aber er versuchte nicht, die Schemata, Bewältigungsstile oder Modes zu verändern, die aktiviert wurden.

4 Dem Therapeuten gelang es gut, die Probleme, die in der therapeutischen Beziehung auftauchten, anzusprechen. Der Therapeut schien eine gute Vorstellung davon zu haben, was zwischen ihm und dem Patienten passierte und dies dem Patienten zu vermitteln. Der Therapeut war hinreichend erfolgreich darin, schematherapeutische Techniken zu nutzen, um die maladaptiven Reaktionen des Patienten zur therapeutischen Beziehung zu verändern.

6 Der Therapeut erledigte seine Aufgabe hervorragend, die Probleme, die in der therapeutischen Beziehung auftauchten, zur Sprache zu bringen. Er verstand genau, was zwischen Therapeut und Patient geschah und half dem Patienten, die Schema-Modes oder Bewältigungsstile zu verstehen, die aktiviert wurden. Der Therapeut korrigierte geschickt die maladaptiven kognitiven, emotionalen oder verhaltensmäßigen Reaktionen des Patienten, um Schemaveränderungen in der therapeutischen Beziehung zu bewirken. Er benutzte angemessene Techniken, so wie Selbstoffenbarung, kognitive Umstrukturierung oder Verhaltensproben.

Ausnahme: Dieses Item bezieht sich nicht auf begrenzte elterliche Fürsorge, die unter Item 1 beurteilt wird. Den Therapeuten selbst als Person in eine Imagination einzuführen, wird unter Item 11 beurteilt. Weiterhin wird dieses Item nur beurteilt, wenn Schemata in der therapeutischen Beziehung ausgelöst werden. Ansonsten wird dieses Item als N/A beurteilt.

14. Selbsthilfetechniken außerhalb der Sitzung

Der Therapeut schlägt vor oder verschreibt angemessene schemabasierte Hausaufgaben oder Bewältigungsfertigkeiten, die der Patient während der Woche außerhalb der Sitzung ausprobieren kann, damit er die therapeutische Arbeit, die während der Sitzung stattfand, festigen oder voran bringen kann. Der Therapeut überprüft die vereinbarten Aufgaben aus der vorangegangenen Sitzung. Wenn der Patient die früheren Aufgaben nicht erledigt hat, exploriert der Therapeut Gründe dafür und versucht, Hindernisse zu beseitigen. Einige häufige Selbsthilfeaufgaben aus der Schematherapie beinhalten:

1. Memokarte
2. „Übergangsobjekt“
3. Schematagebuch
4. Gesunde Schemaantworten vom Band zu hören oder auf Band aufzunehmen
5. Achtsame Beobachtung von Emotionen, Modes oder Schemaauslösern
6. Mode- oder Schemadialoge
7. Kontakt zu Freunden aufnehmen
8. An intimen Beziehungen arbeiten
9. Das vernachlässigte Kind fördern
10. Die Pros und Kontras für Entscheidungsfindungen auflisten oder die Suchen nach Beweisen, um den Wahrheitsgehalt von Schemata zu testen.
11. Den Therapeuten anrufen, wenn angemessen
12. Gesunde Verhaltensveränderungen üben

N/A Der Therapeut stellte keine Aufgabe zur Selbsthilfe, und es war angemessen, keine für diese Sitzung zuzuweisen (für dieses Item sollte N/A nur für ungewöhnliche Sitzungen gebraucht werden. Es ist fast immer angemessen, irgendeine Art von Aufgaben zur Selbsthilfe außerhalb der Sitzung zu vereinbaren.)

0 Der Therapeut vereinbarte oder regte keine Aufgabe zur Selbsthilfe außerhalb der Sitzung an, selbst wenn es angemessen oder hilfreich gewesen wäre, dies zu tun.

2 Der Therapeut regte oder gab Aufgaben zur Selbsthilfe außerhalb der Sitzung, aber die Aufgaben waren nicht hilfreich oder bedeutsam für den Patienten, waren viel zu unbestimmt oder wurden nicht klar genug für den Patienten erklärt, so dass er es verstehen konnte. Der Therapeut kann auch versäumt haben, die Aufgabe zur Selbsthilfe der letzten Woche angemessen zu besprechen.

4 Dem Therapeuten gelang es gut, die Aufgaben zur Selbsthilfe der vorangegangenen Woche zu besprechen und er arbeitete, falls notwendig, daran, Hindernisse zu überwinden. Der Therapeut gab geläufige schemabasierte Aufgaben zur Selbsthilfe, um den Patienten zu helfen, Schemata zu verändern und mit Lebenssituationen während der kommenden Woche umzugehen. Die Aufgaben zur Selbsthilfe hätten besser zugeschnitten sein können, um die spezifischen Bedürfnisse dieses Patienten befriedigen zu können oder um die Arbeit dieser Sitzung voranzubringen.

6 Der Therapeut erfüllte die Aufgabe hervorragend, die Aufgaben zur Selbsthilfe der vorangegangenen Woche zu besprechen und falls notwendig, daran zu arbeiten, Hindernisse zu überwinden. Der Therapeut gab schemabasierte Aufgaben zur Selbsthilfe, die sich direkt auf die Sitzung bezogen und maßgeschneidert waren, dem Patienten zu helfen neue Perspektiven zu verinnerlichen.

Totaler Wert: _____

Anzahl der beurteilten Items ohne N/A _____

Mittelwert: _____

Teil IV. Generelle Beurteilung und Kommentare

A. Gesamtsitzungsbeurteilung

Wie würden Sie den **Kliniker insgesamt** in dieser Sitzung als Schematherapeut beurteilen?

0	1	2	3	4	5	6
Sehr Schlecht	schlecht	unbefriedigend	ausreichend	gut	sehr gut	hervorragend

B. Wenn Sie eine Outcome-Studie in Schematherapie durchführen würden, **würden Sie diesen Therapeuten** zu dieser Zeit **auswählen**, daran teilzunehmen (vorausgesetzt diese Sitzung ist typisch)?

1	2	3	4	5
Ganz sicher nicht	vermutlich nicht	unsicher	vermutlich ja	ganz bestimmt ja

C. **Wie zugänglich erscheint Ihnen der Patient für therapeutische Arbeit zu sein?**

0	1	2	3	4	5	6
Sehr einfach & aufnahmefähig			mittlere Schwierigkeit			Extrem schwierig

D. Gab es irgendwelche **bedeutsamen, ungewöhnlichen Faktoren**, die es rechtfertigen würden, **diese Sitzung** bei der Bewertung dieses Therapeuten **auszuschließen**? Wenn Sie „ja“ oder „unsicher“ antworten, begründen Sie dies bitte auf den unten aufgeführten Zeilen.

Ja (die Sitzung ausschließen) **nein** (die Sitzung nicht ausschließen) **unsicher**

Wenn „ja“ oder „unsicher“, begründen Sie bitte, warum:

.....
.....
.....