

57 Schematherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung

Gitta A. Jacob, Klaus Lieb, Arnoud Arntz¹

Hintergrund und Störungsmodell	640	Typische Modi der Borderline-Persönlichkeits-	
Maladaptive Schemata	640	störung	647
Bedürfnisorientierung	641	Modus des verlassenen und missbrauchten Kindes.	648
Copingstile	642	Modus des ärgerlichen und impulsiven Kindes.	649
Modusmodell.	642	Modus des strafenden Elternteils	649
Interventionsstrategien	645	Modus des distanzierten Beschützers	649
Beziehungsgestaltung mit »Limited Reparenting«	646	Modus des gesunden Erwachsenen	649
Erlebnisorientierte/emotionsfokussierende		Ablauf der Therapie	650
Methoden	646	Umgang mit Suizidalität und anderen destruktiven	
Kognitive Methoden.	647	Verhaltensweisen.	650
Unterbrechung dysfunktionaler Verhaltensmuster.	647	Fallstricke für Therapeuten.	650
Schematherapie zur Behandlung der Borderline-		Stand der Forschung	651
Persönlichkeitsstörung	647	Fazit	651

Hintergrund und Störungsmodell

Die Schematherapie (Arntz u. van Genderen 2009; Jacob u. Arntz 2011; Roediger 2008; Young 1990; Young, Klosko u. Weishaar 2005), die in den letzten Jahren – auch wegen positiver Studienergebnisse (Giesen-Bloo, van Dyck et al. 2006) – mit großem Interesse aufgenommen wird, stellt eine aktuelle Weiterentwicklung der Kognitiven Verhaltenstherapie dar, die speziell für Patienten entwickelt wurde, welche auf die »klassische« Kognitive Verhaltenstherapie nicht positiv respondieren. Dies sind typischerweise Patienten mit schwierigen interpersonellen Mustern, diagnostisch liegt häufig eine Persönlichkeitsstörung vor. Schematherapie kann einem aktuellen Trend der Verhaltenstherapie zugeordnet werden, der durch eine zunehmende systematische Berücksichtigung emotionaler und biografischer Aspekte in der Therapie und durch eine Integration verschiedener therapeutischer Schulen gekennzeichnet ist (neben Kognitiver Verhaltenstherapie insbesondere humanistische The-

rapie, Gestalttherapie, Psychodynamik). Schematherapie ist damit primär keine störungsspezifische Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Für verschiedene Persönlichkeitsstörungen – am detailliertesten für die Borderline-Persönlichkeitsstörung – wurden jedoch über den allgemeinen Ansatz hinausgehende spezifische Störungs- und Behandlungsmodelle entwickelt.

In diesem Beitrag werden zunächst der allgemeine Ansatz der Schematherapie sowie das grundlegende Vorgehen bei schweren Persönlichkeitsstörungen (Modus-Ansatz) vorgestellt, bevor auf das spezifische Konzept der Borderline-Persönlichkeitsstörung eingegangen wird.

Maladaptive Schemata

Schemata sind in der Schematherapie als alles beeinflussende Lebensthemen definiert, bestehend aus Kognitionen, Emotionen, Erinnerungen und Wahrnehmungen. Maladaptive Schemata basieren typischerweise auf schwierigen oder traumatischen Kindheitserlebnissen, in denen zentrale kindliche Bedürfnisse nicht erfüllt wurden, häufig in Verbindung mit einer Konstitution, die die Entstehung und

¹ Wir danken Herrn Dr. Dr. Martin Dornberg (Freiburg) für hilfreiche Anmerkungen und Ergänzungen.

Aufrechterhaltung problematischer Muster fördert. Wenn ein bestehendes Schema aktualisiert wird, treten in der Regel intensive Gefühle auf (z. B. Angst, Traurigkeit).

Fallbeispiel

Frau L., einer 37-jährigen Borderline-Patientin, fällt es extrem schwer, sich an ihrer Arbeitsstelle in einem Arbeitsbeschaffungsprogramm zu behaupten. In Situationen, in denen sie eventuell einen Fehler machen könnte (z. B. beim Übernehmen einer neuen Aufgabe), befürchtet sie von vornherein – trotz gegenteiliger Beteuerungen des Vorgesetzten –, von Kollegen und Vorgesetzten auf das Schärfste kritisiert und abgewertet zu werden, den ABM-Platz (ABM = Arbeitsplatzbeschaffungsmaßnahme) zu verlieren und durch die Reaktionen anderer völlig beschämt zu werden. Deshalb kontrolliert sie ihre Werkstücke mit zwanghafter Genauigkeit bis zur völligen Erschöpfung. Gegenüber Kollegen und Vorgesetzten äußert sie ihre Befürchtungen nur selten, und wenn doch, dann sehr emotional und auch vorwurfsvoll. Meist jedoch wirkt sie sehr freundlich, lächelt und macht »gute Miene zum bösen (inneren) Spiel«. Sozial lebt sie sehr isoliert, private Beziehungen empfindet sie in der Regel als emotional überfordernd, obwohl sie sich sehr danach sehnt. Als biografische Erinnerungen tauchen bei Imaginationen zu diesen Situationen Szenen auf, in denen sie von Schulkameraden wegen ihres Übergewichtes sehr verletzend verhöhnt wird. Die Eltern bieten in der Erinnerung keinen Schutz, der Vater ist Alkoholiker, die Mutter emotional kalt und selbstbezogen, die Patientin hat keine Freunde und lebt zurückgezogen.

In der heutigen Situation zeigt sich das durch die Verhöhnung ausgebildete Schema Defekthaftigkeit/Scham (Erleben von Minderwertigkeit, Erwarten von Beschämung) in Verbindung mit Isolation und emotionaler Entbehrung (isoliert im sozialen Umfeld, Fehlen warmer Beziehungen). Vermutlich zur Kompensation von Defekthaftigkeit/Scham haben sich zudem die Schemata unerbittliche Ansprüche (zwanghafte Kontrolle, Perfektionismus) sowie Unterwerfung (Anpassung an die Vorstellungen anderer) gebildet.

Häufige Schemata bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen sind etwa »Misstrauen/Missbrauch« (Erwartung, missbraucht zu werden und niemandem trauen zu können), »Unzulänglichkeit/Scham« (Gefühl eigener Unzulänglichkeit), »Abhängigkeit« (Gefühl eigener Inkompetenz mit Abhängigkeit von anderen Personen) und »Probleme im Umgang mit Grenzen« (Mangel an Disziplin). Eine vollständige Übersicht aller 18 Schemata, die sich in fünf Domänen untergliedern lassen, findet sich in Tabelle 57-1.

Zur Diagnostik von Schemata bietet sich der Young-Schema-Fragebogen an (Schmidt, Joiner et al. 1995), der zunehmend in Klinik und Forschung verwendet wird (Oei u. Baranoff 2007). Die Stabilität von Schemata ist etwa so hoch wie die anderer Traits oder Eigenschaften (Riso, Froman et al. 2006). Neben der Fragebogenerfassung werden relevante Schemata auch anhand eines Interviews zur

Tab. 57-1 Übersicht über maladaptive Schemata, geordnet nach Schemadomänen (nach Young, Klosko u. Weishaar 2005).

Schemadomäne	Schemata
Abgetrenntheit und Ablehnung	<ul style="list-style-type: none"> • Verlassenheit/Instabilität • Misstrauen/Missbrauch • emotionale Entbehrung • Unzulänglichkeit/Scham • soziale Isolierung/Entfremdung
Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung	<ul style="list-style-type: none"> • Abhängigkeit/Inkompetenz • Anfälligkeit für Schädigungen und Krankheiten • Verstrickung/unentwickeltes Selbst • Versagen
Beeinträchtigung im Umgang mit Begrenzungen	<ul style="list-style-type: none"> • Anspruchshaltung/Grandiosität • unzureichende Selbstkontrolle/Selbstdisziplin
Fremdbezogenheit	<ul style="list-style-type: none"> • Unterwerfung • Selbstaufopferung • Streben nach Zustimmung und Anerkennung
Übertriebene Wachsamkeit und Gehemtheit	<ul style="list-style-type: none"> • Negativität/Pessimismus • emotionale Gehemtheit • überhöhte Standards/übertrieben kritische Haltung • Bestrafen

Lebensgeschichte und zu zentralen Problemen erfasst. Zur detaillierteren Patienten-Information kann das Selbsthilfebuch von Young und Klosko (2006) eingesetzt werden.

Bedürfnisorientierung

Schematherapie lässt sich als bedürfnisorientiert charakterisieren, da sowohl hinsichtlich der Entstehung maladaptiver Schemata als auch ihrer Aufrechterhaltung ein Bezug zu psychologischen Bedürfnissen hergestellt wird. In der Behandlung wird ebenfalls häufig auf (menschliche, kindliche) Bedürfnisse Bezug genommen. Heuristisch lassen sich fünf Gruppen menschlicher/kindlicher Kernbedürfnisse zu den fünf verschiedenen Schemadomänen in Verbindung setzen (Tab. 57-2). So entstehen bei Frustration des Bedürfnisses nach sicherer Bindung, beispielsweise durch emotionale Vernachlässigung oder Missbrauch, Schemata der Domäne »Abgetrenntheit und Ablehnung« wie emotionale Entbehrung oder Misstrauen/Missbrauch. Durch Versagung der Bedürfnisse nach Autonomie und Kompetenz, z. B. durch eine überbehütende Mutter, die das Kind zu wenig eigene Erfahrungen machen lässt, entstehen Schemata der Domäne »Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung« wie Abhängigkeit/Inkompetenz.

Tab. 57-2 Kernbedürfnisse und ihr Bezug zu den verschiedenen Schemadomänen.

Menschliche/kindliche Kernbedürfnisse	Schemadomänen
<ul style="list-style-type: none"> • Sichere Bindung (Sicherheit, Stabilität, Akzeptanz, Versorgung/Schutz) 	<ul style="list-style-type: none"> • Abgetrenntheit und Ablehnung
<ul style="list-style-type: none"> • Autonomie, Kompetenz, Identitätsgefühl 	<ul style="list-style-type: none"> • Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung
<ul style="list-style-type: none"> • Realistische Grenzen und Selbstkontrolle 	<ul style="list-style-type: none"> • Beeinträchtigung im Umgang mit Begrenzungen
<ul style="list-style-type: none"> • Freiheit im Ausdruck von Bedürfnissen und Emotionen 	<ul style="list-style-type: none"> • Fremdbezogenheit
<ul style="list-style-type: none"> • Spontaneität und Spiel 	<ul style="list-style-type: none"> • Übertriebene Wachsamkeit und Gehemmtheit

Bezogen auf die Entstehung psychischer Störungen wird also davon ausgegangen, dass sich Schemata dadurch entwickeln, dass die kindlichen Bedürfnisse der jeweiligen Domänen nicht angemessen gestillt werden. Die Nichterfüllung von Bedürfnissen kann durch Bedürfnisfrustration wie geringe emotionale Beteiligung der Eltern an den Kindern, durch Traumatisierung wie Missbrauch oder auch (insbesondere hinsichtlich realistischer Grenzen und Selbstkontrolle) durch übermäßiges Verwöhnen und »zu viel des Guten« entstehen.

In der Therapie wird davon ausgegangen, dass das schemakongruente Verhalten des Patienten dazu beiträgt, die initial vorhandene mangelnde Erfüllung von Bedürfnissen aufrechtzuerhalten. Bei Frau L. im oben genannten Fallbeispiel ist das Bedürfnis nach sicheren Bindungen in ihrem aktuellen Leben nicht erfüllt, da die Schemata »Defekthaftigkeit/Scham«, »Isolation« und »emotionale Entbehrung« ihr den Aufbau reziproker, warmer sozialer Beziehungen nahezu unmöglich machen.

Das übergeordnete Ziel der Therapie besteht zunächst darin, beim Patienten Verständnis dafür zu wecken, welche Bedürfnisse in seiner Kindheit nicht erfüllt wurden, welche pathologischen Schemata sich daraus entwickelt haben und in welcher Weise ihn diese aktuell behindern und Leid verursachen. Er sollte darin unterstützt werden, seine eigentlichen, von vorgeprägten Schemata unbelasteten Bedürfnisse in seiner aktuellen Lebenssituation besser zu erkennen und anzustreben. Der Patient muss, bezogen auf seine heutige Situation, versuchen, seine nicht adäquat erfüllten Kernbedürfnisse in angemessener und adaptiver Art und Weise zu befriedigen. Beispielsweise sollte Frau L. einerseits lernen, die Entstehung und das Wirken ihrer Schemata zu verstehen, andererseits sollte sie zunächst in der Therapie eine alternative Beziehung erfahren. Diese Erfahrungen kann

sie reflektieren und langfristig dafür nutzen, am Arbeitsplatz flexibler, weniger zwanghaft und im Ergebnis erfolgreicher und entspannter zu handeln und, beginnend mit Selbsthilfegruppen, schrittweise freundschaftliche soziale Beziehungen aufzubauen.

Schemata können mit den aus Psychoanalyse und Bindungstheorie bekannten Konzepten der »inneren Beziehungsrepräsentanzen« (z. B. representations of interactions being generalized, RIGs; Stern 1985, 1992) bzw. der »inneren Arbeitsmodelle« von Beziehungen (Bowlby 1973c) in Verbindung gebracht werden. Zudem bestehen Parallelen zu psychodynamischen Methoden, welche insbesondere dysfunktionale Verhaltensmuster beschreiben und verändern wollen, wie die »Strukturelle Analyse sozialen Verhaltens« (Benjamin 1974; 2008), die »Zyklisch-maladaptiven Muster« (Strupp u. Binder 1993) oder das »zentrale Beziehungskonfliktthema« (Luborsky u. Kächele 1988), die in Deutschland auch die Konzeption der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) insbesondere auf der Beziehungsebene zentral beeinflusst haben (Arbeitskreis OPD 2006).

Copingstile

Schemacoping oder -bewältigung bezeichnet die Art und Weise, wie Menschen mit ihren Schemata umgehen. Die wesentlichen Copingstile sind:

- Erduldung – z. B. sich dem Schema Missbrauch fügen, indem immer wieder Beziehungen eingegangen werden, in denen die Patientin missbraucht wird
- Vermeidung – z. B. jede Art von enger Beziehung vermeiden, um keinen Missbrauch zu erleben
- Überkompensation – z. B. andere missbrauchen

Jeder Copingstil zeigt typische klinische Erscheinungsformen (Tab. 57-3). Bei der Entwicklung des schematherapeutischen Störungsmodells zu Beginn der Therapie werden auch die Copingstile des Patienten stark einbezogen.

So könnte beispielsweise eine Patientin, die als Kind viel geschlagen wurde (Schema Misstrauen/Missbrauch) und gelernt hat, sich durch Unterordnung anzupassen und Schläge zu vermeiden (Schema Unterwerfung), sich in ihre Schemata fügen, indem sie »brav« alles tut, von dem sie glaubt, dass es von ihr erwartet würde.

Modusmodell

Bei Patienten mit schweren Störungen wie Borderline- oder anderen schweren Persönlichkeitsstörungen kann Copingverhalten in so ausgeprägter Form auftreten, dass es in einer gegebenen Situation die Interaktion des Betroffenen voll-

Tab. 57-3 Typische Erscheinungsformen von Copingstilen.

Copingstil	Typische Erscheinungsformen
Erduldung	<ul style="list-style-type: none"> • ausgeprägte Compliance, sich viel gefallen lassen • dependente Verhaltensmuster
Vermeidung	<ul style="list-style-type: none"> • Substanzmissbrauch • Distanz, Rückzug • soziale Isolation und Vermeidung • Stimulierung, Arbeitssucht
Überkompensation	<ul style="list-style-type: none"> • Aggression, Feindseligkeit • übertriebenes Selbstvertrauen • Manipulation, andere ausnutzen • Dominanz • Suche nach Aufmerksamkeit

ständig dominiert. Das bedeutet, dass der Patient kaum Distanz dazu gewinnen kann und die Reflexion darüber schwerfällt. Dies ist etwa der Fall bei narzisstischen Patienten, die sich selbst auf- und andere Interaktionspartner abwerten, oder bei Patienten mit stark vermeidenden Tendenzen, wenn sie sich im Gespräch völlig zurückziehen und nicht in der Lage zu sein scheinen, eine eigene Meinung zu äußern, ohne dies jedoch selbst im jeweiligen Moment als Problem zu erleben.

Dieses Phänomen hat zur Entwicklung des Modusmodells geführt (Lobbestael, van Vreeswijk u. Arntz 2007; Young, Klosko u. Weishaar 2005). Schemamodi sind definiert als diejenigen (funktionalen oder dysfunktionalen) Schemaoperationen, die in einer Person zum aktuellen Zeitpunkt vorherrschen. Insofern sind Modi Affektzustände oder »Selbst-Anteile«, die vorübergehend Gedanken, Gefühle und Verhalten dominieren. Während Schemata also eher eindimensionale Eigenschaften (Traits) sind, entsprechen Modi Zuständen (States), denen gleichzeitig verschiedene Schemata zugrunde liegen können. Beispielsweise wird der Modus des »einsamen Kindes« sowohl vom Schema der emotionalen Deprivation als auch von Unzulänglichkeit/Scham verursacht. Mit diesem Konzept werden traditionsreiche Überlegungen zu Selbst-Anteilen (s. Kap. 68), wie sie etwa in der Transaktionsanalyse (Berne 1967) zu finden sind, aufgegriffen und mit einem kognitiv-behavioralen Vorgehen verbunden.

Ausschlaggebend für die Entwicklung und den Einsatz des Moduskonzeptes bei Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen war die Beobachtung, dass der psychische Zustand von Borderline-Patienten sehr rasch wechseln kann (s. folgendes Fallbeispiel) und diese raschen Wechsel mit dem Modusansatz unmittelbar bearbeitet werden können. Insofern ist das Modusmodell der schematherapeutische Ansatz der Wahl bei schweren Persönlichkeitsstörungen und bildet einen wichtigen Ausgangspunkt zur

Überwindung von Vermeidung und Überkompensation, indem die Interventionen dem jeweils aktuellen Zustand des Patienten angepasst und so auch Blockaden in der Behandlung überwunden werden können.

Fallbeispiel

Eine 38-jährige Patientin mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung kommt mit verschlossenem Gesichtsausdruck in die Therapiestunde (Modus des distanzierten Beschützers). Die Therapeutin fragt nach dem Befinden der Patientin und meldet ihr zurück, dass sie das Gefühl habe, dass hinter dem verschlossenen Gesichtsausdruck wichtige Gefühle verborgen sein könnten. Daraufhin braust die Patientin wütend auf und wirft der Therapeutin vor, sich nicht um sie zu kümmern, da sie sie schon wieder habe warten lassen und sich außerdem offensichtlich überhaupt nicht um die Nebenwirkungen der Antidepressiva kümmere, an denen die Patientin leide (Modus des wütenden Kindes). Die Therapeutin entschuldigt sich für die Wartezeit und erläutert den Grund. Daraufhin sagt die Patientin, dass sie ja eigentlich wisse, dass die Therapeutin sehr für sie da sei (Modus des gesunden Erwachsenen) und dass es inkompetent, lächerlich und albern sei, wie sie sich jetzt schon wieder aufgeführt habe (Modus des strafenden Elternteils). Die Therapeutin widerspricht dem und validiert die hilflosen und ärgerlichen Gefühle der Patientin, woraufhin diese in Tränen ausbricht (Modus des verlassenem oder vulnerablen Kindes).

Young, Klosko und Weishaar (2005) haben zehn Modi definiert, die mittlerweile auf 22 Modi erweitert wurden (Bernstein, Arntz u. de Vos 2007; Lobbestael, van Vreeswijk u. Arntz 2007). An dieser Stelle sollen 16 wichtige Modi vorgestellt werden, welche die zentralen Inhalte des Moduskonzeptes abbilden und mittlerweile anhand des Schema-Modus-Inventars (Lobbestael, van Vreeswijk et al. 2008) im Selbstbericht erhoben werden können (Tab. 57-4).

Modi können in die folgenden vier Kernkategorien unterteilt werden:

- kindliche Modi
- maladaptive Bewältigungsmodi
- dysfunktionale Elternmodi
- Modus des gesunden Erwachsenen

In den kindlichen Modi drücken sich starke Emotionen aus, die bei maladaptiven Kindmodi mit der Nichterfüllung von Bedürfnissen assoziiert sind (Traurigkeit, Angst, Verletzbarkeit, Ärger). Im Modus des »glücklichen Kindes« hingegen erlebt eine Person spielerische Fröhlichkeit, wie sie mit der Erfüllung von kindlichen Bedürfnissen assoziiert ist. In der psychotherapeutischen Arbeit besteht ein wesentlicher Schwerpunkt der Behandlung darin, Patienten in verletzlichen Kindmodi mit emotionaler Zuwendung zu stärken (z. B. in Imaginationsübungen) und ärgerliche oder impulsive Kindmodi zu begrenzen.