

2 Grundlagen der Schematherapie zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung

2.1 Entwicklung der Schematherapie zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Vor der Entwicklung der Schematherapie (ST) wurde die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPD), wie viele andere psychische Störungen, primär aus einer psychoanalytischen Perspektive behandelt. Dies änderte sich ab den 90er Jahren, als kognitive Verhaltenstherapeuten begannen, die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen mit kognitiver Verhaltenstherapie zu erforschen.

Der Gebrauch der kognitiven Therapie zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen wurde erstmals von Aaron Beck, Arthur Freeman und Mitarbeitern in ihrem Buch »Kognitive Therapie von Persönlichkeitsstörungen« (1990) vorgestellt. Diese neue Form der Therapie erzielte besonders in der Reduktion von Symptomen wie suizidalem Verhalten sehr hohe Erfolgsraten (Beck, 2002). Dennoch waren die Erfolge in Bezug auf tiefgreifende Persönlichkeitsveränderungen eher begrenzt.

Im gleichen Jahr stellte Jeffrey Young eine neue Form der kognitiven Therapie vor, die er »Schemafokussierte Therapie« und später »Schematherapie« nannte. Zuletzt erweiterte er dieses therapeutische Modell um die Schema-Modi. Seine Therapie basiert auf einer Kombination von kognitiver Verhaltenstherapie und erlebnisorientierten Techniken. Schwerpunkte sind die therapeutische Beziehung als Weg zur Verhaltensänderung und die emotionale Aufarbeitung traumatischer Erlebnisse.

Heute ist Schematherapie eine wichtige Methode, um substantielle Persönlichkeitsveränderungen bei BPD-Patienten zu erreichen.

2.2 Forschungsergebnisse

Untersuchungen traditioneller psychoanalytischer Behandlungsmethoden zeigten hohe Abbrecherquoten (46–67 %) und einen relativ hohen Prozentsatz an Suiziden. Bei vier longitudinalen Studien suizidierten sich im Mittel 10 % der Patienten während der Behandlung oder in den 15 Jahren nach der Behandlung (Paris, 1993). Dieser Prozentsatz ist mit dem nicht psychotherapeutisch behandelten BPD-Patienten vergleichbar (8–9 %; Adams, Bernat & Luscher, 2001).

Die erste kontrollierte Studie zu kognitiver Verhaltenstherapie bei BPD-Patienten wurde von Linehan und Mitarbeitern durchgeführt (1991). Sie etablierte die Methode der dialektischen Verhaltenstherapie (Dialektisch-Behaviorale Therapie; DBT), die im Vergleich mit herkömmlichen Therapien eine geringere Abbrecherquote, weni-

ger Krankenhauseinweisungen, eine stärkere Reduktion der Selbstverletzungsraten und des selbstgefährdenden Verhaltens aufweist. Bei verschiedenen psychopathologischen Variablen gab es aber am Ende der Therapie keine signifikanten Unterschiede zur Kontrollgruppe. Studien (allerdings ohne randomisierte Zuweisung zur Interventions- bzw. Vergleichsgruppe) zur Effektivität der kognitiven Therapie nach Beck zeigten ebenfalls eine Reduktion des Suizidrisikos und der depressiven Symptome sowie eine Verminderung der BPD-Symptome (Arntz, 1999; Beck, 2002; Brow et al., 2004). Darüber hinaus waren die Abbrecherraten niedriger als sonst (um 9 %).

In den Niederlanden wurde kürzlich die von Young entwickelte Schematherapie mit der von Kernberg und Mitarbeitern entwickelten psychodynamisch orientierten übertragungsfokussierten Therapie (Transference-Focused Therapy; TFP) verglichen (Giesen-Bloo et al., 2006). Die Studie begann im Jahr 2000 und beinhaltete eine Behandlung über drei Jahre. ST zeigte bessere Ergebnisse als TFP sowohl in Bezug auf die Reduktion der BPD-Symptome als auch in Bezug auf andere Aspekte der Psychopathologie und der Lebensqualität.

Bei der Nachuntersuchung vier Jahre nach Beginn der Behandlung erfüllten von den Patienten, die ST begonnen hatten, 52 % nicht mehr die Kriterien der BPD, weitere 15 % zeigten klinisch signifikante Verbesserungen der BPD-Symptomatik, waren aber nicht vollständig remittiert. Diese Zahlen sind eindrucksvoll, wenn man bedenkt, dass auch Therapieabbrecher (sogar jene, die wegen somatischer Krankheiten ausschieden) in diese Auswertung einbezogen wurden.

Eines der wichtigsten Ergebnisse der Studie ist aber, dass alle Symptome vermindert wurden, nicht nur die auffälligen BPD-Symptome wie z. B. Selbstverletzungen. Die gesamte Lebensqualität und das Selbstbewusstsein der Patientinnen verbesserten sich signifikant. Als Folge der Behandlung gingen alle psychopathologischen Charakteristika der BPD deutlich zurück. Ähnliche Resultate ergab eine Serie norwegischer Fallstudien. Als die Patientinnen nach der Behandlung untersucht wurden, erfüllten 50 % nicht länger die BPD-Kriterien und weitere 30 % hatten deutlich von der Behandlung profitiert (Nordahl & Nysaeter, 2005).

Schematherapie ist ein aufwendiges Unterfangen mit einer Dauer von eineinhalb bis vier Jahren, manchmal sogar über einen noch längeren Behandlungszeitraum. Sie beginnt mit zwei Sitzungen pro Woche, kann aber in späteren Behandlungsstadien auf eine Sitzung pro Woche reduziert werden. ST ist trotz hoher Behandlungskosten kosteneffektiv, wie durch eine Kosten-Nutzen-Analyse bestätigt wurde, die zeigte, dass die Schematherapie der TFP nicht nur in ihrer Wirkung überlegen, sondern auch weniger kostspielig ist. Verglichen mit der Ausgangssituation führt ST zu einer Verminderung der gesellschaftlichen Kosten für BPD-Patienten, sodass im Gesamteffekt trotz der Ausgaben für die Schematherapie-Durchführung Kosten gespart werden (van Asselt et al., 2008).

Aufgrund dieser positiven Ergebnisse sowie der hohen Prävalenz der BPD scheint es angebracht, die Schematherapie einem größeren Publikum zugänglich zu machen.

2.3 (Kontra-)Indikationen

Es gibt bestimmte Störungen, die die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erschweren, im Besonderen sind dies bipolare Störungen, Psychosen (gemeint sind psychotische Störungen, nicht aber die kurzzeitigen oder reaktiven psychotischen Episoden, die häufig bei BPD-Patienten vorkommen) und das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS). Das Vorhandensein solcher Krankheiten kompliziert nicht nur die Diagnose, sondern stört auch die Behandlung der BPD. Nur wenn diese Störungen ausreichend behandelt wurden, ist es möglich, sich auf die BPD-Therapie zu konzentrieren.

Im Falle einer Komorbidität müssen bestimmte Störungen vorrangig behandelt werden, bevor die Schematherapie für BPD in Frage kommt. Zu erwähnen sind schwere Depression, schwerer Substanzmissbrauch, der eine stationäre Entgiftungsbehandlung nötig macht, sowie Anorexia Nervosa. Bei diesen Störungen ist der Schweregrad entscheidend, der sie zu Kontraindikationen für die Schematherapie als Behandlungsmethode der BPD werden lässt. Auch Entwicklungsstörungen wie Autismus oder das Asperger-Syndrom sind problematisch für die ST. Für den Einsatz der Schematherapie stellt eine verzögerte oder gestörte psychische Entwicklung keine Kontraindikation dar, diese darf jedoch nicht durch neurologische Probleme bedingt sein. Deshalb können neurologische Störungen mit der Schematherapie interferieren.

In der Studie von Giesen-Bloo et al. (2006) wurden auch Patientinnen mit komorbider antisozialer Persönlichkeitsstörung von der Behandlung ausgenommen. Dies war erforderlich, da diese Persönlichkeitsstörung für den TFP-Arm der Studie ein Ausschlusskriterium darstellte. Pilotstudien zeigen aber bei Patienten mit antisozialer Persönlichkeitsstörung positive Resultate für die ST. Daraus lässt sich ableiten, dass ST eine mögliche Behandlungsform für diese Patienten sein könnte.

2.4 Theoretische Grundlagen der Schematherapie

Die Schematherapie, wie sie von Young beschrieben wurde, beruht auf der Annahme, dass jeder Mensch während seiner Kindheit Schemata entwickelt. Ein Schema ist eine organisierte Wissensstruktur, die sich in bestimmten Verhaltensweisen, Emotionen und Gedanken offenbart (Arntz & Luipers, 1998). Ein Schema kann nicht direkt gemessen werden, sondern wird durch eine Analyse der Lebensgeschichte der Patientin sowie durch eine Beobachtung der Strategien, welche sie im Umgang mit ihren Talenten und ihrem Temperament verwendet, erfasst. Eine noch bessere Beurteilung gelingt, wenn die Patientin detailliert über ihr Verhalten in verschiedenen zwischenmenschlichen Situationen, ihre Lebensregeln und ihre Strategien berichtet. Gesunde Schemata entstehen, wenn die Grundbedürfnisse von Kindern erfüllt werden. Dies erlaubt Kindern, ein positives Bild über andere Personen, sich selbst und die Welt als Ganzes zu entwickeln.

Die grundlegenden Bedürfnisse von Kindern beinhalten:

- ▶ Sicherheit: Kinder müssen sich auf einen zuverlässigen Erwachsenen verlassen können, der für sie sorgt und ihnen die Möglichkeit gibt, sich in sicherer Umgebung zu entwickeln und zu entfalten.
- ▶ Verbundenheit: Kinder müssen fühlen, dass sie mit anderen verbunden sind und die Möglichkeit haben, ihre Erfahrungen, Gedanken und Gefühle mit anderen zu teilen.
- ▶ Autonomie: Kinder brauchen ein sicheres Umfeld, von dem aus sie die Welt entdecken können. Ziel der Entwicklung vom Kind zum Erwachsenen ist es, auf eigenen Füßen zu stehen. Eltern und andere an der Erziehung beteiligte Personen müssen Kindern Schritt für Schritt erlauben, sich von ihnen zu lösen, um unabhängige Erwachsene zu werden.
- ▶ Selbstachtung: Kinder müssen Anerkennung erfahren. Um ein starkes Selbstbewusstsein zu entwickeln, müssen sie für das, was sie als Personen darstellen, und das, was sie können, anerkannt werden.
- ▶ Freiheit, sich mitzuteilen: Die Äußerung der eigenen Meinung und Gefühle muss erlernt und stimuliert werden. Sie darf nicht von strengen oder repressiven Regeln unterdrückt werden.
- ▶ Realistische Grenzen: Um in einer Gesellschaft mit anderen zu leben, ist es nötig, dass Kinder bestimmte Regeln erlernen. Sie müssen verstehen, wann sie ihre Autonomie und ihren Emotionsausdruck im Umgang mit anderen begrenzen müssen. Kinder müssen auch lernen, Frustration zu tolerieren, und die Fähigkeit entwickeln, angemessen mit Frustration umzugehen. (Young & Klosko, 1994; Young, Klosko & Weishaar, 2003).

Wenn diese Bedürfnisse nicht erfüllt werden, durch Defizite im Umfeld des Kindes oder aber durch Defizite als Folge von traumatischen Erfahrungen (wie dem Verlust eines Elternteils oder sexuellem Missbrauch), kann das – in Wechselwirkung mit

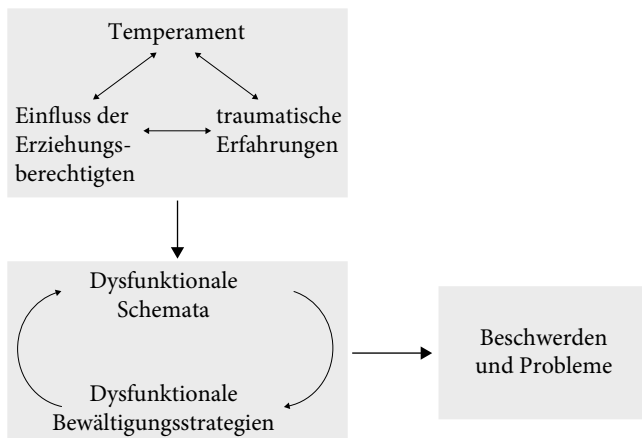


Abbildung 2.1 Die Entwicklung dysfunktionaler Schemata

dem Temperament des Kindes – zur Bildung dysfunktionaler Schemata und Bewältigungsstrategien führen (s. Abb. 2.1).

Young, Klosko und Weishaar (2003) beschreiben 18 unterschiedliche Schemata (s. Anhang I) und Bewältigungsstrategien (s. Anhang J). Diese Schemata sind nicht identisch mit Persönlichkeitsstörungen (beschrieben im DSM-IV; APA, 1994), haben aber vielfältige Ähnlichkeiten (s. Tab. 2.1).

Tabelle 2.1 Die Beziehung zwischen DSM-IV-Persönlichkeitsstörungen und Schemata

Persönlichkeitsstörung	Schemata
Paranoid	Misstrauen/Missbrauch Emotionale Deprivation Soziale Isolation/Entfremdung
Schizoid	Soziale Isolation/Entfremdung
Schizotyp	Misstrauen/Missbrauch Soziale Isolation/Entfremdung Verletzbarkeit durch schädigende Einflüsse
Antisozial	Verlassenwerden/Instabilität Misstrauen/Missbrauch Emotionale Deprivation Anspruchshaltung/Großartigkeit Ungenügende Selbstkontrolle/Fehlende Disziplin
Borderline	Verlassenwerden/Instabilität Misstrauen/Missbrauch Emotionale Deprivation Unzulänglichkeit/Scham Abhängigkeit/Inkompetenz Verletzbarkeit durch schädigende Einflüsse oder Erkrankungen Ungenügende Selbstkontrolle/Fehlende Disziplin Unterwerfung Emotionale Hemmung Streben nach Rache und Vergeltung
Histrionisch	Verlassenwerden/Instabilität Emotionale Deprivation Anspruchshaltung Ungenügende Selbstkontrolle/Fehlende Disziplin
Narzisstisch	Anspruchshaltung/Großartigkeit Ungenügende Selbstkontrolle/Fehlende Disziplin Unzulänglichkeit/Scham

Tabelle 2.1 (Fortsetzung)

Persönlichkeitsstörung	Schemata
Vermeidend	Soziale Isolation/Entfremdung Soziale Unerwünschtheit Unzulänglichkeit/Scham Versagen Unterwerfung
Abhängig	Abhängigkeit/Inkompetenz Verlassenwerden/Instabilität Unzulänglichkeit/Scham Unterwerfung
Obsessiv-zwanghaft	Unerbittliche Ansprüche/Überkritische Haltung Versagen
Passiv-aggressiv	Versagen Misstrauen/Missbrauch
Depressiv	Misstrauen/Missbrauch Unzulänglichkeit/Scham Soziale Isolation/Entfremdung Verletzbarkeit durch schädigende Einflüsse oder Erkrankungen Versagen Unterwerfung

2.5 Schema-Modi

Patientinnen mit BPD haben häufig gleichzeitig so viele Schemata aktiviert, dass es weder für sie selbst noch für die Therapeuten möglich ist, den Überblick zu behalten. Da sich ihre Emotionen und ihr Verhalten schnell ändern, ist es für die Patientin selbst, sowie für alle Menschen in ihrem Umfeld schwer, zu verstehen, was gerade vorgeht. So verschlimmert sich ein bereits vorher ziemlich komplexes Problem. Diese plötzlichen Veränderungen im Fühlen, Denken und Handeln, die bei der BPD so häufig sind, haben die Entwicklung des Schema-Modus-Konzeptes angeregt.

Ein Schema-Modus ist eine Gruppe von Schemata und psychischen Prozessen, die in bestimmten Situationen die Gedanken, Gefühle und Handlungen der Patientin bestimmen und die Wirkung anderer Schemata außer Kraft setzen. In anderen Worten: Wenn die BPD-Patientin relativ entspannt ist und sich wohl fühlt, zeigt sich eine völlig andere Persönlichkeit verglichen mit Situationen, in denen die Patientin sich bedroht fühlt. Unter normalen Umständen sieht man eine relativ entspannte Patien-

tin mit wenigen Gefühlsregungen. Wenn jedoch zum Beispiel Verlassenwerden oder Zurückweisung durch eine wichtige Person droht, dann präsentiert sich die Patientin als »kleines Kind«, das verzweifelt und völlig untröstlich ist. Eine BPD-Patientin kann in sehr kurzer Zeit von einer ausgeprägten Emotion oder Stimmung in eine andere wechseln. Die Erklärung des Schema-Modus-Modells hierfür ist, dass die Patientinnen ständig und unkontrolliert von einem Modus in den nächsten wechseln.

Young schlug vor, dass die folgenden fünf Modi für BPD charakteristisch sind:

- ▶ der distanzierte Selbstschutz-Modus,
- ▶ der Modus des verlassenen oder missbrauchten Kindes,
- ▶ der Modus des wütenden oder impulsiven Kindes,
- ▶ der bestrafende oder überkritische Modus und
- ▶ der gesunde Erwachsenen-Modus.

Diese Modi können umbenannt werden, um sie auf die Situation der Patientin anzuwenden (s. Abb. 2.2).

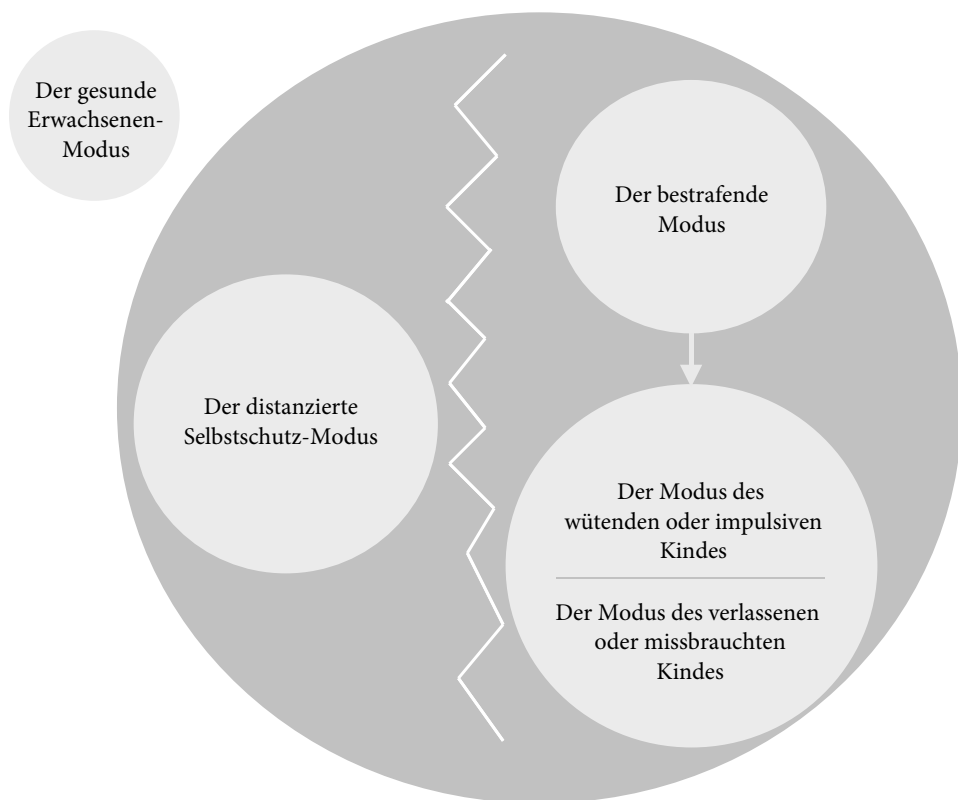


Abbildung 2.2 Die fünf Modi der Borderline-Persönlichkeitsstörung (nach Arntz & Bögels, 2000)

Wir wollen betonen, dass dieses heuristische Modell nicht bedeuten soll, dass bei der BPD eine »multiple Persönlichkeitsstörung« besteht. Die Namen der Modi helfen der Patientin, diese besser zu verstehen und schneller zu identifizieren, haben jedoch keine Beziehung zu Identitäten oder Personen (Arntz & Kuipers, 1998).

Im Folgenden werden die wichtigsten Modi der BPD vorgestellt. Kapitel 9 beschreibt, wie Therapeuten die verschiedenen Modi am besten behandeln und ansprechen können.

Der distanzierte Selbstschutz-Modus

Wenn die Patientin im distanzierten Selbstschutz-Modus (detached protector mode) ist, wirkt sie relativ erwachsen und ruhig. Der Therapeut könnte annehmen, der Patientin gehe es gut. Tatsächlich setzt die Patientin diesen schützenden Modus ein, um ihre Gefühle der Angst (verlassenes Kind), Unterlegenheit (Bestrafung) oder Wut (impulsives Kind) nicht erleben oder zeigen zu müssen. Die dahinterstehenden Annahmen, die hier eine wichtige Rolle spielen, sind: Es ist gefährlich, Gefühle zu zeigen, Wünsche zu äußern und seiner Meinung Ausdruck zu verleihen. Die Patientin hat Angst, die Kontrolle über ihre Gefühle zu verlieren. Sie versucht, sich vor dem vermuteten Missbrauch oder Verlassenwerden zu schützen. Dies wird besonders deutlich, wenn sie eine Bindung zu anderen Menschen eingeht. Der Selbstschutz-Modus hält andere auf Abstand, indem Kontakt vermieden oder der andere weggeschoben wird. Sollten andere ihre Schwäche entdecken, würde das für die Patientin möglicherweise Erniedrigung, Bestrafung und Verlassenwerden bedeuten. Deswegen ist es für sie besser, gar nichts zu fühlen und die Nähe anderer Menschen zu vermeiden.

Beispieldialog mit einer Patientin im Selbstschutz-Modus

(In diesem Beispiel und allen folgenden Dialogen steht »T« steht für Therapeut und »P« für Patientin)

T: Wie geht es Ihnen?

P: (emotionslos) Gut.

T: Wie lief Ihre Woche, ist irgendetwas passiert, worüber Sie reden möchten?

P: (blickt zur Seite und gähnt) Nein, nicht wirklich.

T: Also ist alles in Ordnung?

P: Ja, alles in Ordnung. Könnten wir unsere Sitzung heute kurz halten?

Wenn die einfachen Methoden zur Vermeidung schmerzhafter Emotionen ineffektiv sind, sucht die Patientin nach anderen Möglichkeiten, wie Substanzmissbrauch, Selbstverletzung (körperlicher Schmerz kann psychischen Schmerz betäuben), sie bleibt den ganzen Tag im Bett oder flüchtet sich in Dissoziation und Suizidversuche. BPD-Patientinnen beschreiben diesen Modus als »kaltes Gefühl« oder »leeren Raum«. In diesem Modus fühlen sie sich distanziert von allen Ereignissen und Erfahrungen, auch von der Therapie.

Wenn die Patientin es nicht schafft, Menschen auf Abstand zu halten, kann sie bei dem Versuch, Menschen fern zu halten, wütend und zynisch werden. Es ist wichtig, dass der Therapeut dieses Verhalten als Schutzverhalten erkennt und sich davon nicht abschrecken lässt. Wenn dieses wütende Verhalten sehr dominant ist, kann es zur weiteren Differenzierung separat als »wütender Selbstschutz-Modus« klassifiziert werden.

Es ist besonders in der Anfangsphase der Therapie schwierig, den wütenden Selbstschutz-Modus von dem bestrafenden Modus abzugrenzen. Bei der Unterscheidung hilft es, zu beobachten, gegen wen die Wut der Patientin gerichtet ist. Während die Wut des wütenden Selbstschutz-Modus gegen den Therapeuten (oder jemand anderen) gerichtet ist, zielt die Wut des bestrafenden Modus gegen die Patientin selbst. Wenn der Therapeut sich unsicher ist, mit welchem Modus er es gerade zu tun hat, sollte er die Patientin einfach bitten, ihm die gerade aktive »Seite« ihrer Persönlichkeit zu verraten.

Beispieldialog mit einer Patientin im wütenden Selbstschutz-Modus und im bestrafenden Modus

T: Als ich Ihnen erzählte, dass ich die nächsten paar Tage frei habe, haben Sie ziemlich wütend reagiert. Welcher Modus war die Ursache für Ihre Reaktion?

Antwort im wütenden Selbstschutz-Modus

P: Oh nein! Werden Sie schon wieder einen Ihrer bescheuerten Vorträge über Ihr Borderline-Modus-Modell halten? Sie können es gar nicht erwarten, stimmt's? Ihnen fällt auch nichts Besseres mehr ein!

Antwort im bestrafenden Modus

P: Ich weiß nicht, welche »Seite« von mir das gerade ist. Ich weiß nur, dass es völlig idiotisch gewesen ist, Ihnen zu vertrauen und dass ich diesen Fehler nicht noch mal machen werde. Es ist sowieso egal. Mir wird es niemals besser gehen.

In frühen Stadien der Therapie können die subtilen Unterschiede zwischen dem wütenden Selbstschutz-Modus und dem wütenden Kindmodus ebenfalls schwer zu unterscheiden sein. Der Unterschied zeigt sich vor allem am Grad der Wut, kombiniert mit dem entsprechenden Verhalten (s. Abschn. »Modus des wütenden oder impulsiven Kindes«).

Diese Beispiele zeigen den Selbstschutz-Modus in einer beobachtbaren und auf die Interaktion bezogenen Form. Er kann auch ein völlig gegenteiliges Auftreten zeigen und zu schläfrig und müde wirkendem Verhalten führen. In diesem Fall muss der Therapeut prüfen, ob die Patientin tatsächlich müde ist oder ob sie sich im Selbstschutz-Modus befindet.

Es gibt ein Risiko, dass die Patientin im Selbstschutz-Modus die Therapie vermeidet, nicht an ihren Problemen arbeitet oder sogar die Therapie ganz abbricht. Die

Patientin kann auch Probleme wegen dissoziativer Symptome, Selbstverletzung, Substanzmissbrauch (z. B. Drogen oder Alkohol) oder Suizidversuchen haben. Deshalb ist es wichtig, den Selbstschutz-Modus zu erkennen und zu umgehen. Erst dann hat die Patientin die Möglichkeit, an ihren tatsächlichen Problemen zu arbeiten.

Der Modus des verlassenen oder missbrauchten Kindes

Der Modus des verlassenen oder missbrauchten Kindes (abandoned/abused child) wird häufig mit »kleine ... (Patientenname)« bezeichnet. In unserem Beispiel heißt die Patientin Nora. Wenn sie also in diesem Modus ist, nennen wir den Modus »kleine Nora«.

Die kleine Nora ist traurig, verzweifelt, untröstlich und oft total panisch. In diesem Modus verändert sich häufig die Stimme der Patientin zu der eines kleinen Kindes. Ihre Gedanken und ihr Verhalten werden die einer Vier- bis Sechsjährigen. Sie fühlt sich allein auf der Welt und ist davon überzeugt, dass sich niemand um sie kümmert. Jeder wird sie ausnutzen und schließlich im Stich lassen. Die Welt ist ein bedrohlicher, gefährlicher Ort, der keine Zukunft für sie bereithält. Die kleine Nora unterteilt die Welt in Schwarz und Weiß. Sie fordert sofortige und konstante Bestätigung und Lösung ihrer Probleme. Sie ist unfähig, sich selbst zu helfen. Aller Wahrscheinlichkeit nach wird der Therapeut die kleine Nora hauptsächlich in Krisensituationen erleben. In den frühen Phasen der Therapie ist es unwahrscheinlich, dass die Patientin ihren Modus des verlassenen oder missbrauchten Kindes in anderen Situationen zeigt (einen Beispieldialog finden Sie in Kapitel 9).

In diesem Modus klammert sich die Patientin an den Therapeuten in der Hoffnung, dass er die Lösung für all ihre Probleme kennt und bereithält. Sie erwartet ständigen und umfassenden Trost und Mitleid von ihm. Bei diesem Modus fühlt sich der Therapeut oft von den Erwartungen der Patientin überrannt. Um schnell auf ihre Hilfeschreie einzugehen, kann er dazu neigen, zu schnell nach praktischen Lösungen zu suchen. Andererseits wird er vielleicht auch versuchen, die Patientin loszuwerden, indem er sie zur stationären Krisenintervention in eine Klinik einweist. Wenn Nora im Zustand der Panik ist, scheinen ihr alle praktischen Lösungen unausführbar. Im Modus der kleinen Nora versteht sie nicht, dass die Krise auch irgendwann ein Ende hat. Wenn der Therapeut weiterhin praktische Ratschläge anbietet, wird Noras Verzweiflung zunehmen und der Therapeut wird immer mehr den Gedanken haben, unfähig zu sein. Auch im Falle einer zu schnellen Krankenhauseinweisung intensiviert sich der Modus der kleinen Nora, da sie sich missverstanden und zurückgewiesen fühlt.

Der Therapeut muss die Gegenwart des Modus der kleinen Nora während der Therapiesitzung zulassen. Er muss die Patientin in diesem Modus unterstützen, ihre Gefühle validieren, ihr Sicherheit bieten, sie eine Beziehung zu ihm als Therapeuten aufbauen lassen und ihren bisherigen Missbrauch ansprechen. Kurz gesagt muss er ihr das bieten, was ihr als Kind verweigert wurde.

Der Modus des wütenden oder impulsiven Kindes

Der andere kindliche Modus der BPD ist der des wütenden oder impulsiven Kindes (angry/impulsive child). Zu Beginn der Therapie wird er häufig von Verzweiflung (kleine Nora) und Scham (bestrafender Modus) überschattet. Aus diesem Grund sieht man den Modus des wütenden impulsiven Kindes am Anfang der Therapie oft nicht.

Die »zornige Nora« verhält sich wie ein wütendes, frustriertes und ungeduldiges kleines Kind (ungefähr vier Jahre alt), das keinen Gedanken an andere verschwendet. In diesem Modus ist die Patientin verbal und manchmal auch körperlich aggressiv und gibt bissige Kommentare gegenüber anderen ab, ihren Therapeuten eingeschlossen. Sie ist aufgebracht, da ihre Bedürfnisse nicht gestillt werden und ihre Rechte unbeachtet bleiben. Die zornige Nora ist überzeugt, dass es besser ist, alles zu nehmen, was sie bekommen kann, da sie ansonsten mit leeren Händen dastehen oder ausgenutzt werden würde. Sie ist nicht nur aufbrausend, sondern will auch, dass jeder merkt, wie schlecht sie behandelt wird. Dies erreicht sie, indem sie andere angreift (verbal oder körperlich), sich selbst verletzt, versucht, sich oder sogar andere aus Rache zu töten. Das ist natürlich die extreme Seite der zornigen Nora. Auf abgeschwächte Weise wird Nora dem Therapeuten ihren Ärger zeigen, indem sie Sitzungen schwänzt oder die Therapie ganz abbricht.

Der Unterschied zwischen dem Modus des wütenden Kindes und dem des wütenden Selbstschutzes ist nicht immer gleich deutlich. Er kann von der Art, wie sich die Wut der Patientin darstellt, abgeleitet werden. Das wütende Kind ist impulsiv und unvernünftig. Die Wut bezieht sich auf unzusammenhängende oder irrelevante Sachverhalte. Im wütenden Selbstschutz-Modus ist das Verhalten kontrollierter und eher zynisch als aufbrausend (s. Kap. 9).

Wutausbrüche sind impulsiv und unerwartet. Wenn sie während einer Therapie-sitzung vorkommen, sollte der Therapeut versuchen, ruhig zu bleiben und die Wut zu tolerieren. Er sollte das wütende Verhalten nur dann eindämmen, wenn die Patientin droht, Menschen oder Eigentum zu beschädigen oder wenn der Therapeut den Eindruck hat, gedemütigt zu werden und dass seine persönlichen Grenzen überschritten werden.

Das Ziel der Therapie ist es, der Patientin zu vermitteln, dass sie wütend sein darf, dass es aber auch andere Wege gibt, diesen Emotionen Ausdruck zu verleihen, als die Impulsivität und das extreme Verhalten, das sie im Moment zeigt.

Ein zweites Charakteristikum dieses Modus ist die impulsive Art und Weise, mit der BPD-Patientinnen versuchen, ihre Bedürfnisse zu befriedigen. Die Patientin kann zum Beispiel sexuelle Kontakte mit Menschen eingehen, die sie nicht kennt, um Wertschätzung und Fürsorge zu erfahren. Andere Beispiele sind impulsives Einkaufen, impulsiver Alkohol- oder Drogengebrauch sowie impulsives Essen. Solche Verhaltensweisen gehören zum Modus, wenn sie impulsiv geschehen (die Patientin denkt nicht lange über die Langzeitrisiken nach), motiviert sind durch eine Art der Rebellion gegen den bestrafenden Modus, und das Ziel haben, Bedürfnisse zu be-

friedigen. Alkohol und Benzodiazepin-Gebrauch, besonders in Kombination, kann zum Verlust der (bereits eingeschränkten) Fähigkeit, solche Impulse zu kontrollieren, führen. Das allgemeine Ziel der Behandlung ist, dass die Patientin lernt, ihre Bedürfnisse anzuerkennen (anstatt sich von ihnen zu distanzieren) und gesündere Methoden entwickelt, um diese zu befriedigen.

Der bestrafende oder überkritische Modus

Der bestrafende Modus (punitive parent) bekommt üblicherweise ebenfalls einen Namen. Falls es klar ist, welcher Elternteil oder welche Autoritätsperson im Bestrafungsmodus abgebildet wird, kann der Modus nach ihm oder ihr benannt werden; also zum Beispiel »ihr strafender Vater (Mutter)«. Manchmal wird der Patient seinen bestrafenden Modus nicht benennen wollen oder können, weil er aus einem falsch verstandenen Gefühl von Loyalität diesem Elternteil gegenüber handelt. Wenn das der Fall ist, kann die Patientin auf seine »bestrafende Seite« oder »den Bestrafer« Bezug nehmen.

Der bestrafende Modus ist höhnisch, missbilligend und demütigend. Er sagt, Nora sei schlecht und verdiene es, bestraft zu werden. Der Modus bezeichnet Nora als Angeberin. Wenn sie etwas nicht schafft, dann nur, weil sie sich nicht genug angestrengt hat. Für Gefühle hat der bestrafende Modus wenig Interesse, außerdem wirft er ihr vor, Gefühle zur Manipulation anderer zu missbrauchen. Wenn etwas schief geht, ist es ihr Fehler. In ihrer Vorstellung ist ihr Erfolg ausschließlich von ihrem Willen zum Erfolg abhängig. Wenn sie versagt oder etwas nicht funktioniert, hat sie es offensichtlich nicht genug gewollt.

Beispieldialog mit einer Patientin im bestrafenden Modus

T: Wie geht es Ihnen?

P: (mit Wut in der Stimme) Schlecht.

T: Warum denn, ist etwas Schlimmes passiert?

P: Nein, ich habe etwas Dummes getan und jetzt geht alles den Bach runter.

T: Also läuft es bei Ihnen nicht so gut?

P: Nein, ich bin ein hoffnungsloser Fall und jetzt belästige ich auch noch Sie.

Wenn der bestrafende Modus aktiviert ist, duckt sich Nora weg und ist schwer zu erreichen. In diesem Modus bestraft sich die Patientin, indem sie sich absichtlich erfreuliche Sachen versagt oder Unternehmungen von Anfang so angeht, dass sie nicht funktionieren können. Sie wird sich auch durch Selbstverletzung und Selbstmordversuche bestrafen. Sie provoziert überall Bestrafung, auch bei ihrem Therapeuten. Sie lehnt es ab, an ihrer Behandlung mitzuarbeiten. Dies hat häufig einen vorzeitigen Therapieabbruch zur Folge.

Wenn die Patientin sich im bestrafenden Modus befindet, sollte die Therapie die Zielvorgabe haben, ungesunde Regeln und Verhaltensweisen zu löschen und sie durch adäquate Regeln und Normen zu ersetzen.

Der gesunde Erwachsenen-Modus

Es hört sich möglicherweise seltsam an, dass es auch einen gesunden Modus (healthy adult) gibt, wenn wir über die Borderline-Persönlichkeitsstörung sprechen, aber es ist genau dieser Modus, den die Patientin kultivieren und schließlich beibehalten sollte. Durch die Abwesenheit einer normalen, gesunden Kindheit und unkontrollierbare Ereignisse während des Heranwachsens hat der gesunde Modus in der Anfangsphase der Therapie nur selten eine hohe Ausprägung.

Der Rückstand der Entwicklung der Patientin in Bereichen wie Beziehungsgestaltung, Selbstständigkeit, Fähigkeit, sich auszudrücken oder Selbstwertgefühl und eine mangelnde Erfahrung im Umgang mit realistischen Grenzen, machten es erforderlich, dass der Therapeut als Vertreter der »gesunden Seite« handelt. Dies gilt besonders zu Beginn der Therapie.

In jedem Fall ist es der gesunde Modus, der zu Beginn sicherstellt, dass die Patientin in Therapie bleibt. Während späterer Phasen der Therapie hilft dieser Modus der Patientin, gesunde Ziele zu erreichen. Diese therapeutischen Ziele, wie die Fähigkeit, Beziehungen zu anderen herzustellen, sich nach Ausbildungs- oder Arbeitsmöglichkeiten umzusehen, und alle Aktivitäten, die der Patientin Spaß machen und die sie ausführen kann, sind nötig für den erfolgreichen Abschluss des therapeutischen Prozesses. In diesem Modus ist die Patientin nicht nur mutig genug, ihre Gefühle zu zeigen, sondern sie kann sie auch kontrollieren. Dies ist eine Verknüpfung wichtiger Fertigkeiten, die BPD-Patienten erlernen müssen.

Wie bereits erwähnt, ist es zu Beginn der Therapie der Therapeut, der die so genannte »gesunde Seite« vertritt. Am Ende der Therapie hat sich der gesunde Modus so entwickelt, dass die Patientin diese Rolle vom Therapeuten übernehmen und die Therapie in gesunder und angemessener Weise beendet werden kann.

2.6 Zusammenfassung

Eine Redewendung sagt, »Not macht erfinderisch«. Die Schematherapie wurde aus einer Notwendigkeit heraus entwickelt. Es war nötig, die kognitiven Techniken zu erweitern, da sie zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen nicht ausreichten. Durch Übernahme von Techniken aus anderen Therapieschulen und ihre Adaptation an ein kognitives Rahmenkonzept entstand mit der Schematherapie eine neue, in sich schlüssige Form von Therapie. Erste Studienergebnisse zeigen, dass ST eine wirksame und kostengünstige Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist. Das Schema-Modus-Modell gibt einen Einblick in die Mechanismen, warum Patientinnen mit einer BPD so ausgeprägte Stimmungsschwankungen und sprunghaftes Verhalten zeigen. In Kapitel 3 folgt die Beschreibung der verschiedenen Therapiephasen und in Kapitel 5 bis 8 die Darstellung der wichtigsten Techniken. In Kapitel 9 kehren wir zu den Schema-Modi zurück, um darzulegen, wie die verschiedenen Techniken bei den verschiedenen Modi in unterschiedlichen Phasen der Therapie eingesetzt werden.