



Leseprobe aus: Reusch, Valente, Störungsspezifische Schematherapie, ISBN 978-3-621-28258-1

© 2015 Beltz Verlag, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28258-1>

Schematherapie zahlreiche Techniken zur Validierung solcher Verhaltensweisen oder zur konkreten Formulierung dieser Ziele durch den Therapeuten im Rahmen der »empathischen Konfrontation«.

Therapiemotivation und Compliance. Die Einstellung zur Therapie ist bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen häufig sehr komplex und teilweise widersprüchlich. Diese Komplexität wird in der Schematherapie im Modusmodell abgebildet und validiert. Indem z. B. der »Widerstand« gegen die Behandlung einem Modus zugeordnet wird, kann ein therapeutisches Fenster und dadurch Motivation für die Behandlung entstehen. Der Fokus der therapeutischen Beziehung und die begrenzte Nachbeelterung ermöglichen dem Patienten neue Beziehungserfahrungen und erhöhen häufig insgesamt die Motivation, sodass Patienten sich leichter auf veränderungsorientierte Übungen und auf die Durchführung von »Hausaufgaben« einlassen können.

Veränderung kognitiver und emotionaler Muster. Auch die Veränderung kognitiver und emotionaler Muster stellt für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen eine erhebliche Herausforderung dar. Bereits die Arbeit mit diagnostischen Selbstbeobachtungsprotokollen, welche bei der klassischen verhaltenstherapeutischen Behandlung von Patienten mit Achse-I-Störungen zur diagnostischen Erfassung von Gedanken und Emotionen standardmäßig eingesetzt werden, kann Patienten mit Achse-II-Störungen überfordern. Diese Patientengruppe erlebt häufig ein viel zu großes »inneres Chaos« mit teilweise widersprüchlichen Gedanken und Emotionen, sodass die Arbeit mit solch einem Protokoll sehr aversiv sein kann. Auch die Veränderung von Kognitionen und Emotionen erweist sich in der Praxis als sehr schwer, einerseits aufgrund der hohen Ich-Syntonie, andererseits aufgrund der hohen Komplexität und der starken – häufig unbewussten – biographischen Verankerung. Die Schematherapie ermöglicht sowohl eine für den Patienten nachvollziehbare Klärungsarbeit im Rahmen der Erstellung der Fallkonzeption und des Modusmodells, als auch zahlreiche Möglichkeiten zur Veränderung solcher kognitiver und emotionaler Muster, wie z. B. Imaginationsarbeit und Stuhldialoge.

Verhaltensmodifikation. Das Durchbrechen maladaptiver und insbesondere interpersoneller Verhaltensmuster erweist sich bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen als sehr problematisch. Der Einsatz von verhaltensbezogenen Techniken im Sinne der kognitiven Verhaltenstherapie zeigt selten die erwünschte Wirkung und führt häufig zu Widerstandsreaktionen. Die Schematherapie bietet durch ihre besondere Form der Beziehungsgestaltung einen Rahmen, in dem nach einer ersten Veränderung kognitiver und emotionaler Muster auch Verhaltensexperimente sowie das Training konkreter Fertigkeiten von Patienten gut angenommen und umgesetzt werden.

Empirische Studienlage

Die Effektivität von Schematherapie konnte in mehreren Studien empirisch nachgewiesen werden. In einer aktuellen Studie von Bamelies et al. (2014) wurde die Wirksamkeit von Schematherapie mit der Klärungsorientierten Therapie nach Sachse und »Treatment as usual« (TAU) verglichen. An der Studie nahmen

323 Patienten mit abhängigen, vermeidenden, zwanghaften, narzisstischen, histrionischen und paranoiden Persönlichkeitsstörungen teil. Die Schematherapie erfolgte standardisiert mit 50 Sitzungen über 2 Jahre und erreichte eine Effektstärke von 1,76 (Cohens d), gefolgt von der TAU ($d = 1,27$) und der Klärungsorientierten Therapie ($d = 1,1$).

Auch bei der Behandlung von Borderline-Störungen konnte die Effektivität von Schematherapie in mehreren Studien empirisch bestätigt werden. Giesen-Bloo et al. (2006) verglichen in einer randomisierten Studie mit 86 ambulanten Patienten Schematherapie und Übertragungsfokussierte Therapie nach Kernberg. Sowohl bei der Symptomreduktion als auch bei der Besserung der Lebensqualität und der Häufigkeit von Behandlungsabbrüchen zeigte sich eine signifikante Überlegenheit der Schematherapie. Nadort et al. (2009) konnten darüber hinaus in einer Implementierungsstudie mit durchschnittlich ca. 70 Sitzungen eine Effektstärke von 1,55 erzielen.

1.1 Wieso Schematherapie in einem stationären Setting?

Die psychotherapeutische Arbeit in einem voll- oder teilstationären Setting unterscheidet sich in mehreren Aspekten von der Arbeit in einem ambulanten Bereich.

Patientengruppe. Wenn man die Patientengruppen vergleicht, so stellt man häufig einen wesentlichen Unterschied in Bezug auf die Komplexität und die Schwere der Symptomatik fest. Die Einweisung in eine stationäre psychotherapeutische oder psychosomatische Einrichtung erfolgt in der Regel, nachdem ambulante Behandlungsversuche keine ausreichende Besserung erzielen konnten, z. B. aufgrund der Notwendigkeit einer höheren Behandlungsintensität bzw. -frequenz oder auch aufgrund der Notwendigkeit einer räumlichen Distanzierung zu einem sozialen (privaten/beruflichen) Umfeld, welches die Symptomatik verstärkt oder aufrechterhält. Mit anderen Worten: Stationäre Patienten zeigen häufig eine höhere Störungskomplexität und sind schwerer zu behandeln. Insbesondere in psychotherapeutischen und psychosomatischen Abteilungen psychiatrischer Einrichtungen sind Persönlichkeitsstörungen entweder als Hauptdiagnose – z. B. Borderline-Störungen – oder als Nebendiagnose bei Achse-I-Störungen sehr häufig zu finden (Kröger & Valente, 2010). Eine mögliche Antwort auf die Frage »Wieso Schematherapie in einem stationären Setting?« kann also lauten: Weil viele Patienten in stationären Einrichtungen an Persönlichkeitsstörungen leiden und die Schematherapie eine effektive Behandlungsalternative darstellt.

Komplexität des Settings. Wenn man auf der anderen Seite das Behandlungsangebot betrachtet, so stellt man sowohl qualitative als auch quantitative Unterschiede fest: In einer stationären Einrichtung werden Patienten nicht von einem Einzeltherapeuten, sondern von einem ganzen Team und in hoher Frequenz behandelt. Darüber hinaus ergibt sich die Möglichkeit, viele Behandlungsmaßnahmen in Gruppen durchzuführen.

ren, sodass Patienten nicht nur mit dem therapeutischen Personal, sondern auch mit Mitpatienten interagieren. Mit anderen Worten: Die Behandlung in einem stationären Setting ist komplexer als in einem ambulanten Setting, was sowohl Vor- als auch Nachteile haben kann. Neben ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten sind Gesundheits- und Krankenpfleger, Bewegungstherapeuten, Ergotherapeuten, Körpertherapeuten, Kunsttherapeuten, Musiktherapeuten und Sozialarbeiter stationär tätig und im direkten Kontakt mit den Patienten.

Eine Antwort auf die Frage, wieso sich Schematherapie gerade im stationären Setting eignet, ergibt sich also aus der Komplexität stationärer Behandlungssettings: Schematherapie ist hier indiziert, weil sie mit ihrem Fokus auf Beziehungsgestaltung in einem »beziehungsichten« stationären Setting intensiv und zugleich vielseitig angewendet werden kann.

Intensität der korrektiven Beziehungserfahrungen. Die therapeutische Beziehung gilt als einer der zentralen Wirkfaktoren der Psychotherapie (Grawe, 1994) und steht bei einer Schematherapie im Mittelpunkt. Häufig bietet der Therapeut seinem Patienten darüber hinaus die Möglichkeit, ihn außerhalb der regulären Sitzungen zu kontaktieren (z. B. per E-Mail oder telefonisch). In einem stationären Setting ist eine hohe Behandlungsfrequenz leichter zu realisieren als im ambulanten Bereich, sodass – bei ausreichenden personellen Ressourcen – der Schematherapeut einen Patienten mehrmals in der Woche bis hin zu täglich sehen kann. Auch wenn häufig nur an zwei Sitzungen in einer Woche an schmerzhaften oder belastenden Themen gearbeitet wird, führen die restlichen Kontakte und Sitzungen zu einer schnellen Intensivierung und Stabilisierung der therapeutischen Beziehung und ermöglichen dem Therapeuten, bewusst auf verschiedene Grundbedürfnisse seines Patienten komplementär zu reagieren. Nach einer Sitzung mit einer schweren Imaginationsübung kann der Therapeut z. B. am darauffolgenden Tag einen Kurzkontakt mit dem Patienten in dessen Zimmer gestalten, um zu sehen, wie es ihm geht, wobei das Erleben einer sicheren und zuverlässigen Bindung dann im Vordergrund steht. Der Patient erlebt einen Therapeuten, den er nicht nur aufsuchen kann, sondern der sich als Modell eines positiv-fürsorglichen Elternteils aktiv um ihn kümmert, die Beziehungsbotschaft ist »Du bist wichtig«. An einem Freitagnachmittag kann z. B. der Fokus nur auf das Finden von angenehmen Aktivitäten für das anstehende Wochenende gelegt werden, wobei das Bedürfnis nach Spiel und Spontaneität im Vordergrund stehen kann.

Multimodale Behandlung. Die Behandlung durch ein ganzes Team bringt mehrere Vorteile mit sich. Zum einen kann der Patient dadurch korrektive Beziehungserfahrungen nicht nur mit einer, sondern mit mehreren Personen sammeln. Zum anderen ergibt sich die Möglichkeit, die Effekte der Einzelschematherapie durch den Einsatz nonverbaler Medien wie z. B. Musik, Kunst oder Bewegung zu vertiefen und zu verdeutlichen. Auch viele »Verhaltensexperimente« lassen sich dabei in einem sicheren Rahmen durchführen. Des Weiteren erfolgt die Schematherapie in einem Einzelsetting und zusätzlich in einem Gruppensetting, welches sich für neue Beziehungserfahrungen mit »Nicht-Therapeuten« hervorragend eignet.

Krisenmanagement. In einem stationären Setting ergibt sich die Möglichkeit, emotionale Krisen viel sicherer und deutlich strukturierter zu bewältigen als in einer ambulanten Psychotherapie. Vor allem im Rahmen der Arbeit mit traumatischen Erinnerungen kann es bei manchen Patienten – wie z. B. bei Borderline- oder Traumatpatienten – zu kurzfristigen krisenhaften Phasen mit Suizidgedanken oder Ruhestörungen kommen. Die häufigen Kontakte mit dem Therapeutenteam, der sichere räumliche Rahmen einer Station und die ständige Anwesenheit eines kompetenten und fürsorglichen Gegenübers ermöglichen ein sehr effektives Krisenmanagement. Das Wissen darüber ermöglicht wiederum Patienten und Therapeuten, ein Gefühl von Sicherheit zu entwickeln, um schwere und emotional belastende Übungen durchzuführen.

Therapeutische Gemeinschaft. Der Stationsalltag stellt für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen eine Herausforderung dar. Das dichte Zusammenleben mit weiteren Patienten führt häufig zu Konflikten und Eskalationen, bietet zugleich allerdings die Möglichkeit, neue Erfahrungen mit der »Peergroup« zu sammeln. Solche Konflikte können in der Therapie aufgegriffen und anhand der Fallkonzeption analysiert werden, sodass anschließend Verhaltensexperimente und Übungen gesunder erwachsener Verhaltensalternativen stattfinden können, welche letztendlich zu neuen korrekativen Erfahrungen führen.

1.2 Behandlungsziele in der stationären Schematherapie

Die Behandlungszeit im stationären Setting ist begrenzt und beträgt bei Patienten mit komplexen Störungsbildern, wie etwa Borderline-Störung, Posttraumatischer Belastungsstörung oder komorbider Achse-I- und Persönlichkeitsstörung zwischen 12 und 16 Wochen. Das grundsätzliche Ziel besteht in aller Regel zum einen primär in der Wiederherstellung der verlorenen Stabilität und der allgemeinen Funktionsfähigkeit (einschließlich der Arbeitsfähigkeit), zum anderen in der Vorbereitung einer anschließenden ambulanten Psychotherapie. Meist werden Ziele sowohl für die Zeit in der Klinik als auch für die empfohlene Anschlussbehandlung erarbeitet.

Behandlungsziele lassen sich in einem schematherapeutischen Kontext von der Fallkonzeption und dem Modusmodell ableiten.

Reduktion dysfunktionaler Bewältigungsreaktionen

Die Funktionalität sowie die biographischen Ursprünge von Bewältigungsmodi werden in der Regel während der ersten Therapiephase durch Imaginationenübungen und Stuhldialoge erarbeitet. Zur Reduktion der Häufigkeit und Intensität solcher Reaktionen sowie zur Besserung der Fähigkeit zur inneren Achtsamkeit wird der Patient während der Aktivierung dieser Modi vom Therapeuten darauf aufmerksam gemacht (»Labeln« bzw. »Markieren«) und mit den Konsequenzen und Auswirkungen dieser Modi empathisch konfrontiert.

Modus des folgamen Erduldens. Zur Erarbeitung von Alternativen zur dysfunktionalen Unterwerfung gegenüber anderen bieten sich Verhaltensexperimente und Übungen

an, bei denen der Patient z. B. sich abgrenzt oder eine Forderung stellt. Häufig gelingt dies jedoch erst, nachdem dysfunktionale Elternmodi ausreichend »geschwächt« wurden. Sehr hilfreich hierfür kann die Teilnahme an einem Gruppentraining sozialer Kompetenzen sein.

Vermeidungsmodi (distanzierter Beschützer, aggressiver Beschützer, distanzierter Selbstberuhiger). Insbesondere bei der Reduktion selbstschädigender und impulsiver Handlungen wie z. B. Selbstverletzungen oder Suchtverhalten reicht häufig die empathische Konfrontation nicht aus. Patienten benötigen die aktive und engmaschige Unterstützung beim Erlernen alternativer Bewältigungsformen, bestehend aus einerseits »Notfallstrategien« zur Stressregulation und einer gesunden Form der Selbstberuhigung, und andererseits aus einer akzeptierenden/annehmenden Haltung gegenüber aversiven Emotionen. Hierfür sehr hilfreich kann die Teilnahme an verhaltenstherapeutischen Trainingsprogrammen zur Erhöhung der Stresstoleranz und zur Übung von Selbstregulationsstrategien.

Überkompensationsmodi (narzisstischer Selbstüberhöher, leistungsorientierter Perfektionist, zwanghafter Kontrolleur, paranoider Kontrolleur, histrionische Aufmerksamkeitssuche). Neben der empathischen Konfrontation können auch bei der Veränderung überkompensatorischer Modi Verhaltensexperimente und spezifische Fertigkeitentrainings notwendig sein. Ein narzisstischer Patient kann z. B. im Rollenspiel kooperatives Verhalten oder das aktive Zuhören und Eingehen auf die Gefühle eines Gesprächspartners üben. Ein histrionischer Patient übt beispielsweise im Rollenspiel die direkte Äußerung eigener Wünsche und Emotionen ohne dramatische Übertreibung.

Entmachtung dysfunktionaler Elternmodi

Die explizite Formulierung und Externalisierung übertriebener Leistungsorientiertheit bzw. moralischen Denkens (fordernder Elternteil) sowie massiver Selbstabwertungstendenzen (strafender Elternmodus) ermöglicht die achtsame Distanzierung und die anschließende »Entmachtung«. Dafür eignen sich gezielte Imaginationsübungen sowie Übungen mit mehreren Stühlen und innere Dialoge.

Fordernder Elternteil. Zusätzlich zur Imaginationsarbeit und zu den Stuhldialogen kann z. B. ein Selbstbeobachtungsprotokoll hilfreich sein, um beispielsweise unangemessene Leistungserwartungen und -ansprüche im Zusammenhang mit Situationen im Stationsalltag herauszuarbeiten, was wiederum die Vorbereitung und Durchführung von Verhaltensexperimenten ermöglicht. Darüber hinaus können mittels kognitiver Techniken neue Strategien für den Umgang mit Verantwortung und Leistung entwickelt und im Stationsalltag erprobt werden.

Strafender Elternteil. Auch für die Modifikation automatisierter Selbstabwertungstendenzen bietet das stationäre Setting und insbesondere der Stationsalltag zahlreiche Möglichkeiten, u. a. die »Entmachtung der inneren Kritiker« als Gruppenprojekt (z. B. im Rahmen der Schematherapie-Gruppe, die in Kapitel 3 dargestellt wird) oder die Durchführung von Verhaltensexperimenten, bspw. eine Art »Umfrage zu den eigenen positiven Eigenschaften«. Solche Erfahrungen können dann in der Einzeltherapie

aufgegriffen werden und z. B. als »empirische Belege« bei Stuhldialogen zwischen dem gesunden Erwachsenen und dem strafenden Elternmodus verwendet werden.

Umgang mit dysfunktionalen Kindmodi

Eines der wesentlichen Ziele in der Schematherapie ist das Erlernen eines besseren Zugangs zu den eigenen Emotionen und Bedürfnissen. Das beinhaltet einerseits die Wahrnehmung und Akzeptanz von schmerzlichen Emotionen wie Trauer, Angst und Scham, aber auch von sozial unerwünschten oder gar als »gefährlich« erlebten Emotionen wie Ärger und Wut. Häufig müssen impulsive Handlungen begrenzt werden. Auch eine oppositionell-rebellische Haltung wird vom Therapeuten verständnisvoll-empatisch konfrontiert.

In jedem Fall wird die Aktivierung von Kindmodi vor dem Hintergrund der Biographie und der frühen Deprivationen validiert und ernstgenommen. Dadurch bieten sich einerseits gezielte Imaginationen und Stuhldialoge, andererseits die Arbeit mit und in der therapeutischen Beziehung. Das Erlernen einer differenzierten Wahrnehmung eigener Bedürfnisse und der Einnahme einer selbstfürsorglichen Haltung erfolgen sowohl im Rahmen gezielter Übungen als auch am Beispiel des Therapeuten und seines Umgangs mit dem Patienten. Der Patient erhält so mehrere »Beispiele« für eine selbstfürsorgliche Haltung.

Verletzbares Kind. Neben der Imaginationsarbeit mit Überschreibung traumatischer Erlebnisse und der Stühle-Arbeit findet die Akzeptanz und Tröstung des verletzbaren Kindes v. a. in der Beziehung zum Therapeuten statt. Im stationären Setting ergibt sich darüber hinaus die Möglichkeit korrektiver Beziehungserfahrungen mit pflegerischen Bezugspersonen und Fachtherapeuten, aber auch mit Mitpatienten, sowohl in Grupsituationen als auch im Stationsalltag.

Wütendes/Impulsives Kind. Auch die Validierung von Ärger und Wut sowie die ggf. notwendige Begrenzung wütend-impulsiver Verhaltensweisen erfolgt nicht nur durch gezielte Techniken, sondern auch in der Beziehung zum Therapeuten und im erweiterten Sinne zum ganzen Therapeutenteam. Bei einer konstruktiven Kommunikationsstruktur zwischen verschiedenen Gruppen- und Einzeltherapeuten können dabei Kontingenzenmanagement-Strategien, z. B. im Umgang mit dem Versäumnis von Terminen oder der Missachtung von Stationsregeln, sehr wirksam angewendet werden.

Stärkung des gesunden Erwachsenen

Eine gesunde erwachsene Haltung beinhaltet eine ausgewogene Selbstfürsorge sowie eine funktionale Bedürfnisorientierung. Das Erlernen einer solchen Haltung am Beispiel des Therapeuten und der therapeutischen Beziehung ist gewissermaßen das Hauptziel der Schematherapie.

Umgang mit Emotionen und Bedürfnissen. Im gesunden erwachsenen Modus erkennt der Patient das Bedürfnis nach Nähe, Sicherheit und Zuwendung hinter der Traurigkeit und Angst des verletzbaren Kindes, sowie das Bedürfnis nach Autonomie und Selbstbehauptung/Selbstwert hinter dem Ärger und der Wut des wütendes Kindes. Darüber hinaus entsteht Raum für Spiele, Spaß und Spontaneität im funktionalen Modus des glücklichen Kindes.

Selbstdisziplin und -kritik. Der Patient distanziert sich von den übertriebenen Ansprüchen und Selbstabwertungen der dysfunktionalen Elternmodi, erlernt aber sowohl eine angemessene Selbstdisziplin (z. B. gesunder Bezug zu Arbeit, Akzeptanz von Regeln und Grenzen) als auch eine funktionale, moderate Selbstkritik (beispielsweise im Umgang mit Fehlern).

Flexiblere Handlungen. Im Modus des gesunden Erwachsenen kann der Patient bewusst und situationsangemessen handeln und zwischen Kooperation (z. B. sich auf Kompromisse einlassen können), Selbstabgrenzung/Selbstfürsorge (z. B. durch Selbsttröstung, Planung angenehmer Aktivitäten, Entspannung und Erholung) und Selbstbehauptung (z. B. Engagement im beruflichen Bereich, sich bei Diskussionen durchsetzen und Forderungen stellen) wählen.

1.3 Das Behandlungssetting

Die in diesem Buch dargestellten Behandlungen erfolgten im multimodalen vollstationären Setting einer Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Die Klinik befindet sich in einer ländlichen Gegend und ist Teil eines großen Zentrums für Psychiatrie mit einer weitflächigen Parkanlage. Dies erweist sich häufig als sehr hilfreich, z. B. bei der Durchführung von begleittherapeutischen Aktivitäten oder Achtsamkeitsübungen.

Teamarbeit. Für die schematherapeutische Arbeit empfiehlt sich ein multiprofessionelles Team, bestehend aus ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten sowie aus einem psychotherapeutisch geschulten Pflorgeteam und verschiedenen Fachtherapeuten (in den dargestellten Fällen einem Musiktherapeuten, einem Bewegungstherapeuten, einem Kunsttherapeuten und einem Körpertherapeuten nach der Feldenkrais-Methode). Sowohl das Pflorgeteam, als auch die Fachtherapeuten sollten über schematherapeutische Kenntnisse und praktische Erfahrung verfügen. Die Abstimmung zwischen den Einzel-, Gruppen- und Fachtherapeuten sollte regelmäßig, z. B. im Rahmen von täglichen Übergaben oder Teambesprechungen erfolgen.

Pflegerische Co-Therapie. Ein Mitarbeiter des Pflorgeteams übernimmt als Bezugsperson grundsätzlich die Rolle eines »Co-Therapeuten«. Der Co-Therapeut nimmt häufig an den psychotherapeutischen Einzelsitzungen teil (Therapeut, Co-Therapeut und Patient). Darüber hinaus führt der pflegerische Co-Therapeut Einzelgespräche mit dem Patienten alleine und übernimmt i. d. R. praktische Aufgaben, wie etwa das Training bestimmter Fertigkeiten.

2 Störungsspezifische Anwendung

Alle Abschnitte in Kapitel 2 befassen sich mit verschiedenen Störungsbildern und Möglichkeiten zu deren schematherapeutischer Behandlung im stationären Setting.

2.1 Borderline-Persönlichkeitsstörung

2.1.1 Einleitung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) oder emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ ist die Bezeichnung für eine Persönlichkeitsstörung, die durch Impulsivität und Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, Stimmung und Selbstbild gekennzeichnet ist (Hautzinger, 2002).

Bei BPS zeigen Patienten schwerwiegende Beeinträchtigungen in fast allen Bereichen ihres Lebens. Zentrale Problembereiche sind:

- ▶ Affektregulation (niedrige Reizschwellen für die Auslösung von Emotionen, hohe Erregungsniveaus und verzögerte Rückbildung auf das Ausgangsniveau, Spannungszustände und emotionale Taubheit),
- ▶ Selbstbild (Unsicherheit bezüglich der eigenen Identität),
- ▶ psychosoziale Integration (Gefühl, »anders zu sein als alle anderen«, Schwierigkeiten der Nähe-Distanz-Regulation),
- ▶ kognitive Funktionsfähigkeit (Dissoziation, Flashbacks) und
- ▶ Verhaltensebene (Selbstverletzung, Hochrisikoverhalten).

Mit einer Lebenszeitprävalenz von etwa 3 % (Trull et al., 2008), einer Querschnittsprävalenz von ca. 2 % unter den 15- bis 45-Jährigen, einer Häufigkeit von 20 % in der Gruppe stationärer psychiatrisch/psychotherapeutischer Patienten und durchschnittlich 50 stationären Behandlungstagen pro Jahr (Bohus, 2012) stellt die BPS im Vergleich eine der häufigsten psychischen Störungen dar. Schweregrad der Beeinträchtigungen und Komplexität sind mit einem ungefähren Suizidrisiko von 7 % und einer hohen Komorbiditätsrate hoch und erfordern eine strukturierte und empirisch gesicherte, störungsspezifische Behandlungsstrategie.

2.1.2 Wieso Schematherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung?

Die Wirksamkeit der Schematherapie auch im Vergleich mit anderen Behandlungsansätzen bei Patienten mit BPS wurde mehrfach empirisch nachgewiesen (Gießen-Bloo et al., 2006; Nordahl & Nysaeter, 2005; van Asselt et al., 2008), in den letzten Jahren auch im Rahmen der Gruppenschematherapie GST (Farrell et al., 2009) und

der Kombination von Gruppen- und Individualschematherapie (Dickhaut & Arntz, 2013). Eine Übersicht bieten Jacob und Arntz (2013).

Die guten Ergebnisse des schematherapeutischen Behandlungsansatzes verwundern nicht, betrachtet man das komplexe Störungsbild der BPS als tiefgreifende Beziehungsstörung im Sinne massiv beeinträchtigter Beziehungen zu sich selbst, zu anderen Menschen und zur Umwelt. Der schematherapeutische Behandlungsansatz mit Fokus auf »heilende« Beziehungserfahrungen scheint hervorragend geeignet zu sein, nicht nur die auffälligen BPS-Symptome wie z. B. Selbstverletzung zu reduzieren, sondern die Lebensqualität und das Selbstbewusstsein der Patientinnen insgesamt und überdauernd zu verbessern.

Vorteile der Schematherapie

Ein bedeutender Vorteil der Schematherapie gegenüber anderen Behandlungsansätzen ist die hohe Akzeptanz der Therapie bei Patientinnen, die sich in geringeren Abbruchraten zeigt (Übersicht bei Jacob & Arntz, 2013). Auch auf Therapeutenseite erhöht Schematherapie die Akzeptanz und die Bereitschaft, sich für dieses, in der Vergangenheit oft als »schwierig« oder »unbehandelbar« bezeichnete Patientenkontingenz einzusetzen. Schematherapie ermöglicht Therapeuten ein besseres Verständnis ihrer Patientinnen sowie eine Vielfalt von Interventionsstrategien.

Unterschiede zwischen DBT und Schematherapie. Die Arbeit mit und in der therapeutischen Beziehung im Rahmen einer Schematherapie ist wie z. B. in der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT; Linehan, 1996) von Balance geprägt. Begrenztes Nachbelehren in der therapeutischen Beziehung geht aber über die Balancierung von Validierung und Motivierung zur Veränderung hinaus. Die therapeutische Bereitschaft, für eine begrenzte Zeit eine Art Elternrolle zu übernehmen, bedeutet eine tiefgehende Validierung der emotionalen Grundbedürfnisse der Patientinnen, bedingungslose Akzeptanz der Patientinnen mit all ihren Schwierigkeiten und vor allem die Bereitschaft, die emotionalen Grundbedürfnisse »hinter« teilweise heftigen therapieschädigenden Verhaltensweisen (u. a. persönliche Angriffe, häufige Rückfälle, Compliance-schwierigkeiten) nie aus dem Blick zu verlieren. Hier zeigen sich zwischen der Beziehungsgestaltung im Rahmen von Schematherapie und z. B. DBT Unterschiede. Vor allem im stationären Bereich werden diese Unterschiede deutlich, weil hier oben beschriebene Grenzüberschreitungen durch die therapeutische Dichte und die Beziehungsdynamik mit vielen Reinszenierungen schädigender Beziehungserfahrungen schneller zur Systemüberlastung führen können als im ambulanten Bereich. Das folgende Beispiel soll diese Unterschiede illustrieren.

Beispiel zu Unterschieden zwischen DBT und Schematherapie. Eine Borderline-Patientin verließ nach Grenzsetzung der Therapeutin (Hinweis auf Regeleinhaltung) abrupt das Therapiezimmer, wirkte nicht dissoziiert, sondern ärgerlich-feindselig und redete nicht mehr. Die Therapeutin ging aus Gründen der Fürsorge und Sicherheit hinter der Patientin her und sah, dass sich die Patientin in ihr Zimmer zurückzog, die Tür aber offen ließ. Aus dialektisch-behavioraler Sicht ist dieses Verhalten als therapieschädigend einzuordnen, da es die Patientin daran hindert, an der Therapie teilzunehmen

und die Motivation der Therapeutin reduziert. Gemäß der dialektisch-behavioralen Vorgehensweise könnten das Aufsuchen der Patientin in ihrem Zimmer und ein weiteres Gespräch als positiver Verstärker eines zu löschenden Verhaltens bewertet werden. Stattdessen werden diesem Verhalten jegliche Verstärker entzogen. Ursprünglich behandelte Themen in der Therapie werden zugunsten einer Verhaltensanalyse dieses Verhaltens unterbrochen. Diese Intervention ist hocheffektiv, wird aber von Patientinnen dennoch häufig als (leichte) Bestrafung interpretiert. Aus schematherapeutischer Sicht wird dieses Verhalten als Bewältigungsstrategie gesehen, das dazu dienen kann, die Spannung, die aufgrund unbefriedigter emotionaler Grundbedürfnisse entsteht, kurzfristig zu reduzieren. Schematherapeutisch steht jetzt aber nicht das Bewältigungsverhalten, sondern das unbefriedigte emotionale Grundbedürfnis im Fokus, dem die Therapeutin im Beispiel so begegnete, dass sie die offene Tür als Beziehungsangebot verstand und dieses annahm. Die Patientin saß auf ihrem Bett und startete weiter abweisend auf ihr Handy, die Therapeutin kniete sich neben sie. Nach einigen Augenblicken des Schweigens sagte die Therapeutin: »Ich sehe, dass Sie sauer sind, und ich sehe auch, dass Sie sich unverstanden und im Stich gelassen fühlen. Früher gab es für Sie in solchen Situationen nur den Ausweg des Rückzugs und des Abbrechens des bedrohlichen Kontakts. Deshalb passiert das jetzt und hier gerade auch, zwischen uns. Ich werde Sie jetzt aber nicht alleine lassen. Ich möchte verstehen, weshalb Sie sich gerade bedroht fühlen und ich möchte mit Ihnen daran arbeiten, dass das zwischen uns nicht mehr passiert. Wenn Sie jetzt nicht sprechen möchten, ist das für mich schwer, ich fühle mich dann hilflos, aber ich werde das akzeptieren. Ich bin immer noch hier und ich bleibe bei Ihnen.« Die Situation löste sich durch diese Intervention nicht vollständig auf, dennoch konnten in der nächsten Sitzung erlebnisorientierte Interventionen folgen, die es der Patientin möglich machten, den Zusammenhang zwischen dieser Situation und Beziehungserfahrungen in ihrer Kindheit zu erkennen und alternative, erwachsene Strategien für ähnliche zukünftige Situationen zu erarbeiten. Am Ende der Therapie berichtete die Patientin, gefragt danach, was sie am hilfreichsten erlebt hatte: »... dass Sie damals bei mir geblieben sind, obwohl ich mich unmöglich verhalten habe. Da hat die Therapie für mich eigentlich erst begonnen.«

Dieses Beispiel veranschaulicht, dass dem Umgang mit einzelnen Szenen in der therapeutischen Beziehung zentrale Bedeutung bei der Behandlung von BPS zukommt. Begrenzte Nachbeelterung bedeutet hier Erkennen und Akzeptanz der emotionalen Grundbedürfnisse (im Beispiel vor allem Bindung und realistische/angemessene Grenzen), Akzeptanz von automatisierten maladaptiven Bewältigungsstrategien, Bereitschaft zur emotionalen »Nahrung« der Patienten trotz aktiver maladaptiver Bewältigung, Bereitschaft zur Selbstöffnung und Fähigkeit zur direkten, echten und empathischen Verbalisierung dieser Inhalte im Kontakt.

Unterschiedliche Behandlungsphasen erfordern unterschiedliches Vorgehen. In Ausbildungsworkshops und Vorträgen zur Schematherapie beinhaltet eine häufig gestellte Frage von Teilnehmern die Suche nach Entscheidungskriterien zur Indikationsstellung der »richtigen« Therapieform für BPS (unter kognitiven Verhaltenstherapeuten wären

dies üblicherweise die DBT oder die Schematherapie). »Harte« (im Sinne empirisch gesicherter) Unterscheidungskriterien bei der Indikationsstellung liegen nicht vor. Die praktische Erfahrung mit der Behandlung von BPS im stationären und ambulanten Bereich zeigte jedoch, dass diese Frage am ehesten »therapiephasenspezifisch« im individuellen Fall beantwortet werden kann. Steht in einer frühen Behandlungsphase vor allem Stabilisierung im Alltag im Vordergrund und damit Reduktion von Suizidalität, Selbstverletzung und Dissoziation, erscheint eher ein DBT-orientiertes, kontingentes Vorgehen indiziert, um maladaptive Bewältigung auf der Verhaltensebene zu begrenzen. Nach einer Phase initialer Stabilisierung und der Vertrauensbildung in die Verlässlichkeit und Belastbarkeit der Behandler (sog. Beziehungstests; Weiss & Sampson, 1986) scheint in den folgenden Therapiephasen ein schematherapeutischer Behandlungsansatz aber geeigneter, um ein umfassendes und tiefgreifendes Verständnis der Störung und darauf aufbauend funktionaleres Verhalten, mehr Handlungsflexibilität und damit eine nachhaltige Verbesserung der Lebensqualität zu erreichen.

Herausforderungen der BPS-Behandlung mit Schematherapie. Aus schematherapeutischer Sicht liegen die Herausforderungen der Behandlung von Borderline-Patienten im schnellen Modiwechsel der Patienten einerseits und der Desintegration der einzelnen Modi in der Persönlichkeit andererseits. Dies erfordert ein hohes Maß an Achtsamkeit und Konzentration auf Patienten- wie auf Therapeutenseite und ein umfassendes therapeutisches Repertoire an erlebnisorientierten, kognitiven und verhaltensbezogenen schematherapeutischen Interventionen für die aktuell aktivierten Modi.

Einige solcher Interventionen sollen anhand von zwei Fallbeispielen im folgenden Abschnitt praxisnah dargestellt werden (weitere Beispiele für die Anwendung schematherapeutischer Interventionen finden sich u. a. bei Arntz und van Genderen, 2010). In den folgenden Abschnitten werden Szenen der therapeutischen Beziehung im Fokus stehen, wie sie häufig bei der Behandlung von Borderline-Patienten entstehen, u. a. aufgrund der andauernden Aktivierung und dem schnellen Wechsel maladaptiver Bewältigung. Teilweise ergeben sich Modus-Wechsel innerhalb von Bruchteilen von Sekunden und es besteht die Gefahr, das »therapeutische Gold« dieser Szenen zu verpassen. Im ersten Fall zeigt die Patientin eine für Borderline-Patienten typische, »starr« und undurchdringlich wirkende Vermeidungstendenz. Der Umgang mit dem Modus des distanzierten Beschützers wird hier im Fokus stehen. Im zweiten Fall wird der Umgang mit Überkompensation und Aggression innerhalb der therapeutischen Beziehung beschrieben, da auch dieser Bewältigungsmodus häufig bei Borderline-Patienten zu beobachten ist und die Behandlung massiv erschweren kann.

2.1.3 Der Fall Jenny

Symptome. Die 23-jährige Patientin wurde bereits zweimal vor der Aufnahme in einer psychosomatischen Klinik stationär behandelt, es erfolgte eine ambulante Psychotherapie, in der über weite Strecken Krisenmanagement im Vordergrund stand, bevor mit einer schematherapeutischen Behandlung begonnen werden konnte. Nach wei-

teren Krisen empfahl die ambulante Therapeutin vor dem Hintergrund auslaufender genehmigter ambulanter Therapiesitzungen eine erneute stationäre Behandlung, nun aber in einer Klinik mit schematherapeutischem Schwerpunkt. Bei Aufnahme imponierten Stimmungsschwankungen, Impulsivität (mit Substanzmissbrauch, vor allem Cannabis und Amphetamine), Selbstverletzungen (Schneiden), Störungen der Identität und des Selbstbilds mit Körperschemastörung (die Patientin hatte bereits zwei Schönheitsoperationen an Brust und Bauch durchführen lassen), instabile Beziehungsgestaltung mit vielen Beziehungsabbrüchen und Gefühle chronischer Leere. In der Anamnese zeigten sich rezidivierende depressive Episoden mit chronifiziert wirkenden lebensmüden Gedanken sowie Essstörungen mit anorektischen und bulimischen Phasen seit der Pubertät. Bei Aufnahme lag der BMI nach Gewichtsabnahme von knapp 10 kg innerhalb eines halben Jahres im Idealbereich, allerdings fühlte sich die Patientin »fett« und unansehnlich. Aktueller Aufnahmearbeit war eine Vertiefung der depressiven Episode, Zunahme des impulsiven und selbstverletzenden Verhaltens nach erfolglosen Bemühungen um einen neuen Arbeitsplatz, und Konflikte mit dem Mitbewohner, der zugleich der Ex-Partner der Patientin war.

Biographie. Jenny wuchs als Einzelkind auf, ihre Eltern waren beide voll berufstätig und hatten wenig Zeit für das Kind. Die Elternbeziehung war von Beginn an krisenhaft, mit teilweise in Gewalt eskalierendem Streit. Die endgültige Trennung der Eltern erfolgte früh in Jennys Kindheit. Ihr Vater zeigte kaum Interesse an einem regelmäßigen Kontakt zu Jenny. Ihre Mutter erlebte Jenny ambivalent, zwar emotional zugänglich, aber in Konflikten mit dem Ehemann sehr schwach und kaum in der Lage, stabil und zuverlässig für das Kind zu sorgen. Zu Beginn der Pubertät heiratete die Mutter erneut. Der Stiefvater hatte bereits vier Kinder aus erster Ehe, die alle in Pflegefamilien untergebracht waren. Besuche der Stiefgeschwister erlebte Jenny einerseits positiv, da sie sich nicht mehr alleine fühlte, andererseits gab es aufgrund der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder sehr viel Streit.

Jenny wurde in der Schule aufgrund ihres Übergewichts und ihrer Schüchternheit gehänselt und hatte in der Grundschulzeit wie auch in der weiterführenden Schule kaum echte Freunde. Sie machte hier die Erfahrung, dass vermeintliche Freunde sich gegen sie wandten, wenn andere Mitschüler sie attackierten. Freundschaften fand Jenny ab der frühen Pubertät vor allem über das Internet. Dort lernte sie mit 15 Jahren einen 35-jährigen Mann kennen, der ihr zum ersten Mal die Aufmerksamkeit schenkte, die sie sich ersehnte. Sie ging eine Beziehung mit ihm ein und hatte auch Geschlechtsverkehr mit ihm, den sie als aggressiv und demütigend erlebte. Um ihn nicht zu verlieren, ordnete sie sich aber unter. Ihre Eltern äußerten zunächst Einwände gegen die Beziehung, setzten aber keine konsequenten Grenzen, wobei sie in anderen Bereichen überkontrollierend agierten (Zimmerkontrollen, strenge Ausgangsregelungen etc.). Aus für Jenny nicht nachvollziehbaren Gründen verboten sie die Beziehung nach ca. einem Jahr erneut. In der Folge kam es zu einem massiven Konflikt, im Rahmen dessen Jenny für zwei Tage das Elternhaus verließ und durch die Polizei in die Familie zurückgeführt wurde. Der Partner meldete sich anschließend nicht mehr bei ihr. Auch