



# KAPITEL 1 /

## Einführung in die Schematherapie

Die Schematherapie nach Jeffrey Young (Young & Klosko, 2008) bzw. Arnoud Arntz (Arntz & van Genderen, 2010) ist eine Weiterentwicklung der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT). Sie wurde gezielt für Nonresponder auf KVT entwickelt und integriert auch Techniken humanistischer Therapien wie der Gestalttherapie. Schematherapie wurde ursprünglich als störungsübergreifender Ansatz entwickelt. Darüber hinaus wurden mittlerweile für viele Persönlichkeitsstörungen (PS) störungsspezifische Modelle erarbeitet. Im Vergleich zur KVT sind folgende vier Merkmale bedeutsam:

- (1) Der Veränderung des **emotionalen Erlebens** kommt ein zentraler Stellenwert zu, dazu werden emotionsfokussierende Interventionen wie Imaginationsübungen und Stuhldialoge eingesetzt.
- (2) Die **Therapiebeziehung** wird konzeptualisiert als begrenzte elterliche Fürsorge (limited reparenting) in dem Sinne, dass der Therapeut einen aktiven, fürsorglichen und teilweise elternartigen Beziehungsstil gegenüber dem Patienten einnimmt.
- (3) Den **Erfahrungen aus Kindheit und Jugend** wird ein zentraler Stellenwert für die Entstehung von chronischen psychischen Problemen eingeräumt.
- (4) Handlungsleitend ist das Konzept der **Bedürfnisorientierung**; als Schemata werden solche Muster definiert, die aus früherer Bedürfnisfrustration herrühren und heute eine angemessene Erfüllung der eigenen Bedürfnisse verhindern.

### 1.1 Maladaptive Schemata

Ein Schema ist eine mentale Struktur, die der automatischen Informationsverarbeitung dient und die sowohl Kognitionen, Emotionen, Erinnerungen, Wahrnehmungen als auch interpersonelle Muster beinhaltet. Es wird davon ausgegangen, dass Schemata während der Kindheit angelegt wurden und durch Coping-Mechanismen und das interpersonelle Verhalten des Patienten während seines Lebens aufrechterhalten werden. Wenn ein bestehendes Schema aktualisiert wird, treten typischerweise intensive Gefühle auf, beispielsweise Angst, Traurigkeit oder Verlassenheit. Young et al. (2008) definierten auf der Grundlage klinischer Beobachtung 18 maladaptive Schemata, die untergliedert sind in insgesamt fünf sogenannte *Schemadomänen*. Jede Schemadomäne wird mit der Nichterfüllung bestimmter Grundbedürfnisse in der Kindheit in Verbindung gebracht. Grundsätzlich bestehen vermutlich bei den meisten oder allen Menschen in irgendeiner Form maladaptive Schemata. Zur psychischen Störung wird dies dann, wenn die Schemata so stark ausgeprägt sind, dass sie mit gestörtem emotionalen Erleben und entsprechenden Symptomen oder Funktionsproblemen einhergehen.

Genauere Erläuterungen zu den einzelnen Domänen und Schemata finden Sie im Informationsblatt 3 (»Die Schemata im Überblick«), in dem die 18 Schemata für Patienten kurz vorgestellt werden. Für detaillierte Information über die Entstehung und Bedeutung der Schemata sowie die Konsequenzen für den therapeutischen Umgang verweisen wir auf Young et al. (2008) sowie auf Jacob und Arntz (2011).

### 1.2 Schema-Coping

Ein gegebenes Schema geht nicht unbedingt mit einem ganz bestimmten Problemverhalten einher. Wie sich ein Schema in Beziehungen zeigt, hängt wesentlich vom jeweiligen Bewältigungsstil ab. In der Schematherapie werden drei verschiedene Copingstile unterschieden.

- (1) Von **Unterwerfung** wird gesprochen, wenn sich der Betroffene dem Schema »ergibt« und sich so verhält, als sei das Schema wahr. Er lässt damit zu, dass andere ihn schlecht behandeln (bis hin zu Missbrauch), selbst wenn es prinzipiell in seiner Macht läge, Grenzen zu ziehen.
- (2) **Vermeidung** liegt dann vor, wenn soziale Situationen und/oder Emotionen durch Rückzug oder andere Mechanismen wie etwa Substanzgebrauch umgangen werden. Auch Stimulation oder stark beruhigende oder besänftigende Tätigkeiten können der Vermeidung dienen.

- (3) **Überkompensation** liegt vor, wenn sich der Betroffene extrem dominant und selbstbewusst verhält, als sei das Gegenteil des Schemas wahr. Das bedeutet, sich beispielsweise bei Vorliegen eines Versagensschemas »aufzublasen« und eigene Erfolge stark zu betonen, oder bei einem Missbrauchsschema anderen gegenüber übermäßig selbstbewusst und aggressiv aufzutreten und eher andere zu missbrauchen, als weiteren Missbrauch zuzulassen.

### 1.3 Das Schema-Modus-Konzept

Mit einem einzigen Schema können sehr unterschiedliche Verhaltens- und Erlebensmuster verbunden sein. So kann sich eine Patientin mit starkem Versagensschema einerseits traurig, verzweifelt und hilflos fühlen, wenn ihr nur ein geringfügiger Fehler unterläuft. Andererseits kann sie möglicherweise in überkompensierender Weise extreme Leistungsfähigkeit zur Schau stellen und eigene Fehler negieren. Möglicherweise vermeidet sie Leistungssituationen aber auch, um nicht mit den damit verbundenen Gefühlen in Verbindung zu treten. Diese situativ wechselnden Zustände werden als unterschiedliche Schemamodi bezeichnet. Damit sind Schemata gewissermaßen Eigenschaften oder Traits, die den Modi zugrunde liegen. Schemamodi sind demgegenüber eher schemaassoziierte States oder Zustände, die teilweise sehr wechselhaft sein können. Gerade bei Patienten mit vielen verschiedenen Schemata, in denen entweder wechselnde oder sehr verharrende schemaassoziierte Zustände auftreten, ist es einfacher, auf diese Zustände (Modi) einzugehen, als immer wieder auf Schemata zu rekurrieren.

Das Schema-Modus-Konzept beinhaltet einen störungsübergreifenden Ansatz sowie störungsspezifische Moduskonzepte.

Im *störungsübergreifenden Ansatz* werden vier verschiedene Modus-Kategorien unterschieden:

- (1) **Maladaptive Kindmodi**, die sich entwickeln, wenn in der Kindheit wichtige Bedürfnisse, insbesondere Bindungsbedürfnisse, nicht angemessen erfüllt wurden. Kindmodi sind assoziiert mit intensiven negativen Gefühlen, z. B. große Angst vor Bedrohung oder Verlassenwerden, Hilflosigkeit, Traurigkeit (verletzliche Kindmodi), Wut oder Ärger (wütende Kindmodi).
- (2) **Dysfunktionale Elternmodi** zeigen sich durch Selbstabwertung, Selbsthass oder extremen Druck auf sich selbst. Es wird davon ausgegangen, dass sie internalisierte negative Annahmen über das Selbst reflektieren, die der Patient in Kindheit und Jugend aufgrund des Verhaltens und der Reaktionen anderer Personen (Eltern, Lehrer, Peers) erworben hat.
- (3) **Dysfunktionale Bewältigungsmodi** beschreiben einen übermäßigen Einsatz der Copingstile Vermeidung, Überkompensation oder Unterwerfung.
- (4) Mit dem sogenannten **Modus des gesunden Erwachsenen** werden adäquates emotionales Erleben und funktionales Erleben und Handeln zusammengefasst.

Die wichtigsten Schemamodi sind im Informationsblatt 4 (»Die Modi im Überblick«) beschrieben. Weitere Informationen finden Sie in den Kapiteln zu den jeweiligen Modi.

### 1.4 Fallkonzeptualisierung nach dem Modus-Konzept

Zu Beginn der Behandlung wird ein Fallkonzept erstellt, mit dem die Probleme und Symptome des Patienten, seine interpersonellen Schwierigkeiten, problematischen Emotionen und die dazugehörigen biografischen Informationen systematisch in einem Modus-Konzept zusammengefasst werden.

- **Wesentliche Probleme und Symptome des Patienten:** An erster Stelle stehen diejenigen Probleme, die den Patienten zur Aufnahme einer Psychotherapie bewegt haben. Dazu gehören Symptome, Beziehungsprobleme, Lebensprobleme etc. Auch die berichteten Zusammenhänge zwischen verschiedenen Symptomen sind relevant. Beispielsweise sind intensive depressive Gefühle oder Angstgefühle häufig dem vulnerablen Kindmodus zuzuordnen. Wenn ein Patient berichtet, Angst und Verzweiflung mit Alkohol oder Internetspielen betäuben zu müssen, so werden die Gefühle von Angst und Verzweiflung dem vulnerablen Kindmodus zugeordnet, während der Gebrauch von Alkohol und Internetspielen zur Selbststimulation einem distanzierend/stimulierenden vermeidenden Bewältigungsmodus zugeordnet werden. Dabei kann es vorkommen, dass dasselbe Symptom bei demselben Patienten je nach Situation verschiedenen Modi zugeordnet wird, oder dass ein Symptom bei verschiedenen Personen zu verschiedenen Modi gehört.

- **Biografische Informationen:** Als zweite wichtige Informationsquelle dient die Biografie des Patienten. Der Selbstbericht des Patienten muss dabei ergänzt werden um spezifische Exploration. Für die Erklärung von dysfunktionalen Elternmodi wird spezifisch erhoben, mit welchen Personen (Eltern, Geschwistern, Peers, Lehrern, Trainern etc.) negative Erfahrungen gemacht wurden. Neben der Exploration sind Fragebogendaten sowie der Verlauf diagnostischer Imaginationsübungen hilfreich.
- **Interpersonelle Verhaltensweisen:** Die dritte wichtige Informationsquelle ist das aktuelle Verhalten des Patienten in der therapeutischen Situation. Dabei wird davon ausgegangen, dass die in der Therapiebeziehung gezeigten Muster auch in anderen Beziehungen relevant sind.

## 1.5 Therapeutische Interventionen

Das übergreifende Ziel in der Schematherapie besteht darin, mit dem Patienten zu erarbeiten, welche Bedürfnisse in seiner Biografie nicht erfüllt wurden, wie dysfunktionale Schemata und Modi sich entwickelt haben, wie diese den Patienten gegenwärtig einschränken, und wie eigene Bedürfnisse aktuell angemessener erfüllt werden können. Dazu wird gemeinsam ein individuelles Modusmodell erarbeitet. In der folgenden Behandlung werden alle auftretenden Probleme oder Symptome in diesem Moduskonzept konzeptualisiert und behandelt. Das heißt, es wird jeweils erarbeitet, welche Modi bei einem bestimmten Problem beteiligt sind, und dann modusspezifisch interveniert. Für jeden Modus-Typ werden damit jeweils spezifische Behandlungsziele verfolgt (Übersicht in Abb. 1.1).

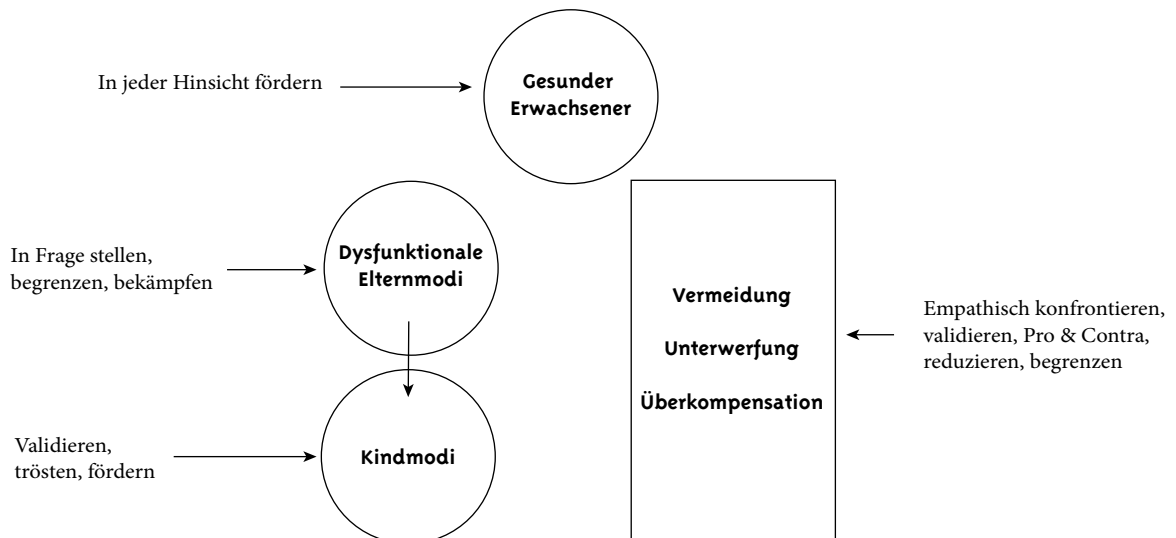
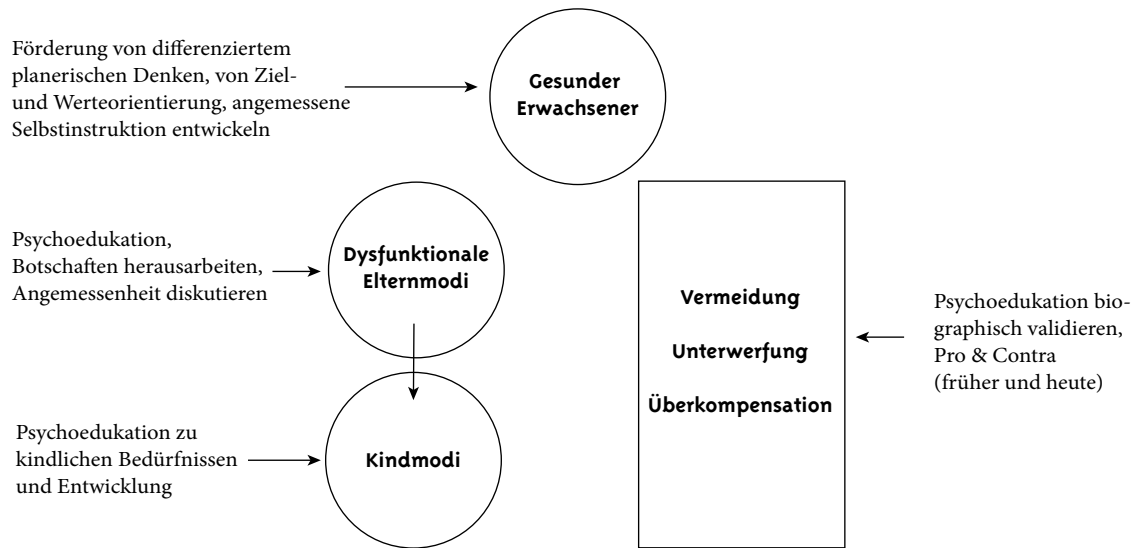


Abbildung 1.1 Interventionen – Übersicht

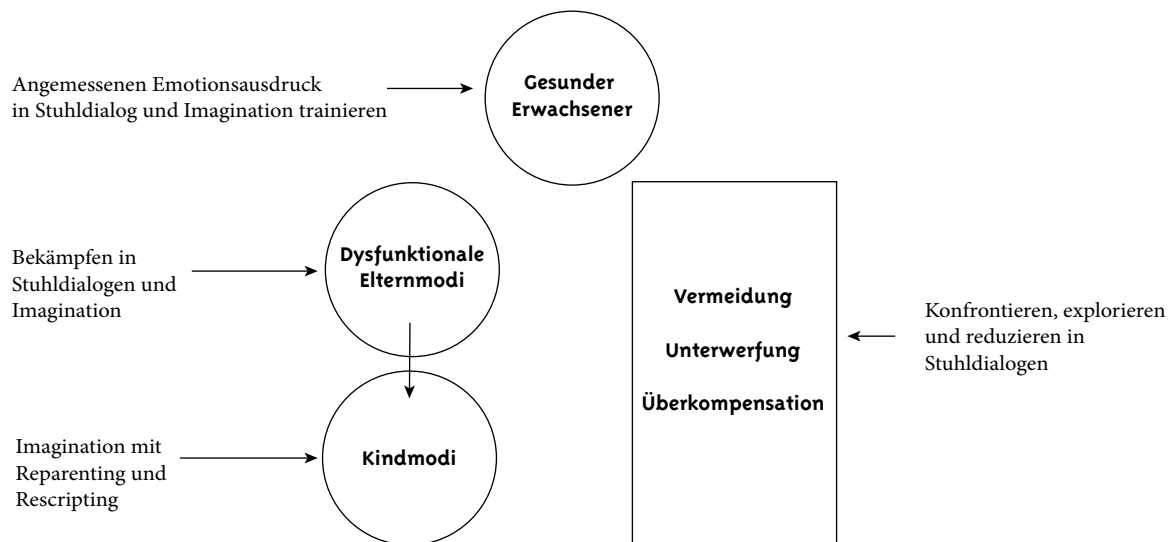
Um diese Ziele zu erreichen, werden kognitive, emotionsorientierte sowie verhaltensorientierte Interventionen eingesetzt. Darüber hinaus wird die Therapiebeziehung gezielt konzeptualisiert als »begrenzte elterliche Fürsorge« (limited reparenting) in Verbindung mit dem Setzen von angemessenen Grenzen. An dieser Stelle werden die therapeutischen Techniken kurz umrissen. Für ausführliche Informationen verweisen wir auf Jacob und Arntz (2011).

**Kognitive Techniken.** Kognitive Techniken werden zur Psychoedukation des Patienten über seine Schemata und Modi sowie ihre Entstehungsbedingungen eingesetzt. Auch die Informationsvermittlung zu Grundbedürfnissen von Kindern und Emotionen spielt eine wichtige Rolle. Dysfunktionale Überzeugungen des Patienten und ihr biographischer Ursprung werden herausgearbeitet und ins Modusmodell eingeordnet. Danach wird die Gültigkeit von Schemata oder Modi anhand von Pro- und Kontra-Überlegungen überprüft. Schemakongruente Denkfehler werden diskutiert und korrigiert und Vor- und Nachteile von Coping-Strategien erörtert (Übersicht in Abb. 1.2).



**Abbildung 1.2 Kognitive Techniken**

**Emotionsorientierte Techniken.** Im Rahmen emotionsfokussierender Techniken sollen Patienten lernen, Gefühle wie z. B. Traurigkeit und Wut zum Ausdruck zu bringen und so verstärkt Affekte zu erleben, die die Fokussierung auf ihre eigenen Bedürfnisse und Ziele stärken. Die wichtigsten Techniken sind dabei imaginative Verfahren sowie die Arbeit mit Stuhldialogen. Im Rahmen von Imaginationsübungen werden Schemata oder Modi aktiviert, indem aktuelle Emotionen vertieft und mit biografischen Gedächtnisbildern verbunden werden. Die wichtigste Intervention mit Kindheitsimaginationen ist das sogenannte »Imagery Rescripting«, in dem die imaginierte (in der Regel traumatische) Situation so verändert wird, dass die Bedürfnisse des vorher nicht ausreichend versorgten Kindes befriedigt werden. In der Stuhlarbeit werden Dialoge zwischen verschiedenen Modi durchgeführt, wobei diese verschiedenen Seiten auf verschiedenen Stühlen dargestellt werden. Dabei sollen auch die mit diesen Prozessen aktivierten Affekte zum Ausdruck gebracht und geklärt werden (Übersicht in Abb. 1.3).



**Abbildung 1.3 Emotionsorientierte Techniken**

**Behaviorale Techniken.** Zum Unterbrechen von ungünstigen Verhaltensmustern und zur Arbeit an Symptomen im Sinne von Verhaltens excessen oder -defiziten werden grundsätzlich alle Techniken der Verhaltenstherapie eingesetzt. Dazu gehören Rollenspiele und Hausaufgaben ebenso wie Expositionsübungen, Verhaltensexperimente, Skills-Trai-

ning, Aufbau von Aktivitäten oder Entspannungstechniken (Übersicht in Abb. 1.4). Das Hauptziel dabei ist, dass der Patient mehr Zeit im gesunden Erwachsenenmodus verbringt.

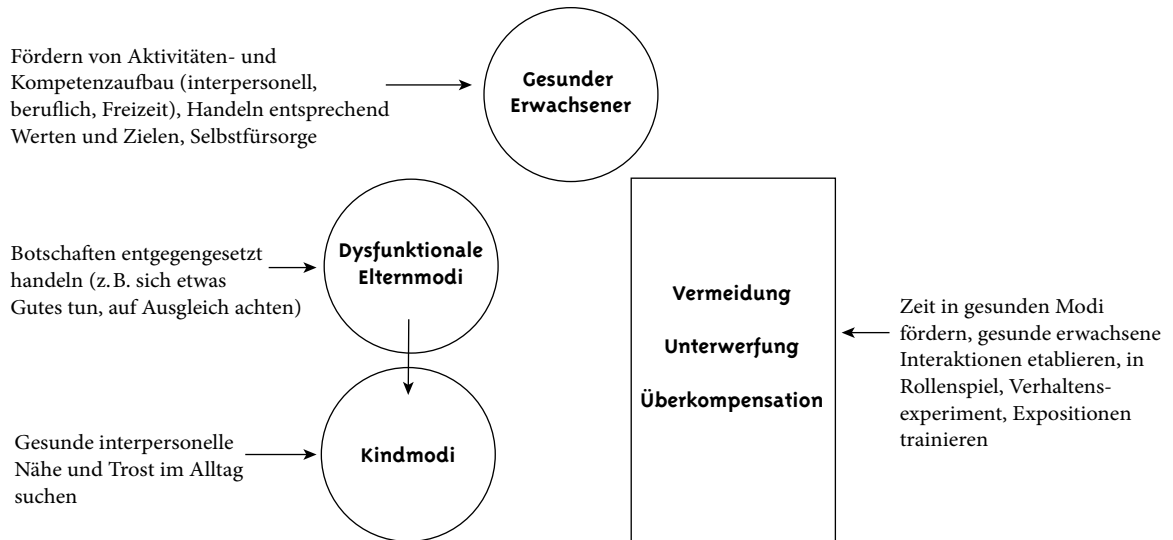


Abbildung 1.4 Behaviorale Techniken

**Therapiebeziehung.** In der Therapiebeziehung stellt der Therapeut seinen Beziehungsstil gezielt auf die Schemata und Modi des Patienten ein. Mit dem Konzept des »limited reparenting« (begrenzte elterliche Fürsorge) wird beschrieben, dass in der Therapiebeziehung diejenigen Bedürfnisse, die in der Kindheit des Patienten frustriert worden sind, in bestimmten Grenzen erfüllt werden. Dazu gehören einerseits Warmherzigkeit und Fürsorge. Es kann jedoch auch bedeuten, Patienten Grenzen zu setzen oder sie zu autonomerem Verhalten aufzufordern.

Die Therapiebeziehung schafft einen »sicheren Hafen« für den Patienten, stellt aber auch gleichzeitig eine Quelle der Veränderung dar. Eine wichtige Technik dabei ist die sogenannte »empathische Konfrontation«. Das heißt, dass der Therapeut, wenn eine stabile therapeutische Beziehung aufgebaut ist, den Patienten auf freundliche, persönliche, aber sehr klare Weise mit den Konsequenzen seines Verhaltens konfrontiert. Hierbei spricht er seine eigenen Emotionen, die das Verhalten bei ihm auslösen, an. Gleichzeitig betont er, dass die Verhaltensmuster des Patienten auf der Grundlage seiner Biografie nachvollziehbar sind (Übersicht in Abb. 1.5).

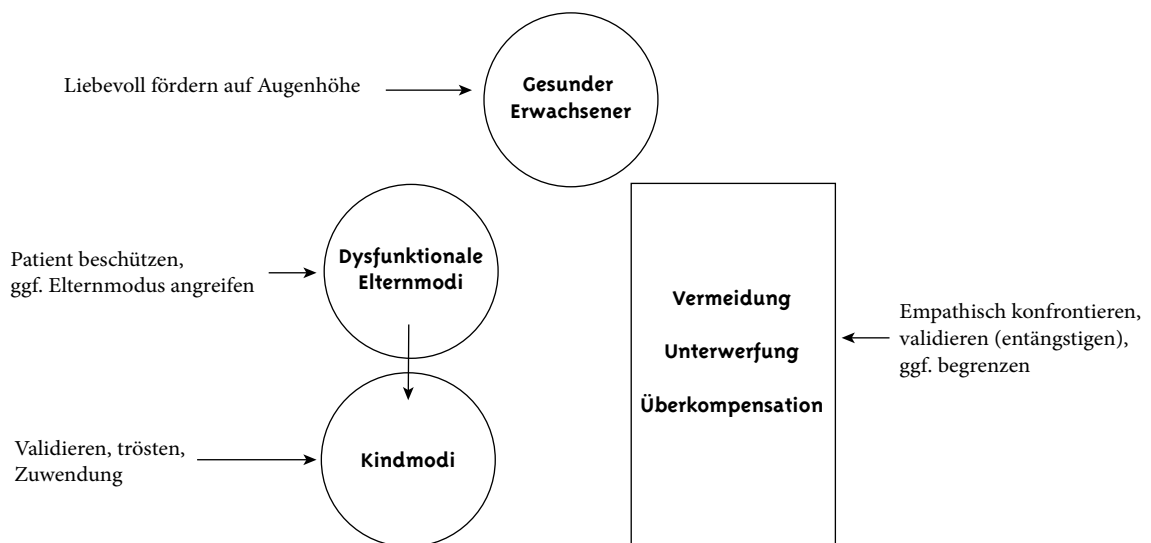


Abbildung 1.5 Therapiebeziehung »limited reparenting«

## Die wichtigsten Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) haben in fast allen Bereichen ihres Lebens Probleme. Sie nehmen sich häufig als »innerlich zerrissen« wahr, wissen oft nicht, wer sie sind oder was sie wollen. Besonders in Beziehungen zu anderen Menschen kämpfen sie mit rasch wechselnden Stimmungen, Schwierigkeiten, Nähe und Distanz zu regulieren und ausgeprägter Angst, verlassen zu werden. Sie neigen zu impulsiven Handlungen, erleben Wutausbrüche und Krisen und wissen nicht, aus welchem Grund sie sich und ihre Gefühle nicht unter Kontrolle haben. Sie werten sich häufig stark selbst ab, führen sogar Selbstbestrafungen durch. Alltagsprobleme erscheinen unüberwindlich, das macht sie ängstlich und wütend. Oft versuchen Menschen mit BPS, überwältigende Emotionen durch Substanzmissbrauch (z. B. Drogen und/oder Alkohol), Dissoziationen oder Essanfälle zu dämpfen. Viele Menschen mit BPS sind intelligent und kreativ, schaffen es aber, solange sie krank sind, nicht, ihre Talente erfolgreich zu nutzen. Sie können ihre Ausbildung nicht beenden und arbeiten auf einem Niveau unterhalb ihrer Fähigkeiten.

Im Folgenden sind die Schlüsselsymptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung aufgeführt.

Bitte kreuzen Sie die Symptome an, die auf Sie zutreffen. Wenn Sie sich unsicher sind, besprechen Sie das Symptom mit Ihrem Therapeuten.



### Emotionen

- schnelle und/oder häufige Stimmungswechsel oder intensive emotionale Reaktionen
- Schwierigkeiten im Umgang mit Wut und Ärger

### Verhalten

- Selbstverletzungen, Suizidversuche
- impulsives, selbstschädigendes Verhalten (riskantes Autofahren, riskantes Sexualverhalten, Geldausgeben, Alkohol-/Drogenmissbrauch, Essanfälle)

### Beziehungen

- instabile Beziehungen
- ein Wechsel zwischen Idealisierung und Abwertung wichtiger Bezugspersonen
- Angst vor Zurückweisung oder Verlust wichtiger Bezugspersonen
- Schwierigkeiten, allein zu sein
- Angst vor zwischenmenschlicher Nähe (körperlich und emotional)

### Selbstbild/Identität

- Unsicherheit bezüglich Beruf, Ausbildung, sexueller Orientierung, politischer oder religiöser Überzeugung
- Fremdheit und Unsicherheit im Umgang mit sich selbst und dem eigenen Körper
- Selbstabwertungen und negative Grundannahmen zur eigenen Person
- Gefühl der Hilflosigkeit und innere Leere

### Beziehung zur Realität

- Misstrauen
- Dissoziationen (Unwirklichkeitsgefühl, Verzerrungen von Zeit-, Raum- und Körperwahrnehmungen)

Im Folgenden werden die wichtigsten Modi der Borderline-Persönlichkeitsstörung beschrieben. Neben den hier beschriebenen Modi können auch noch andere Modi vorliegen. Prüfen Sie dies gemeinsam mit Ihrem Therapeuten.

### Problematische Kindmodi

**Der Modus des verletzten, verlassenen Kindes.** In diesem Modus fühlen sich Menschen schwach, verlassen, ängstlich, traurig, ungeliebt und bedroht. Sie haben große Schwierigkeiten, allein zu sein und versuchen alles Mögliche, um dies zu verhindern. Gleichzeitig fällt es ihnen aufgrund von missbräuchlichen Erfahrungen schwer, anderen zu vertrauen und sie haben große Angst, verletzt oder verlassen zu werden. In diesem Modus haben Menschen kein Vertrauen in die eigenen Fertigkeiten. Sie fühlen sich hilf- und hoffnungslos und suchen jemanden, der sich um sie kümmert und die Verantwortung für sie übernimmt. Manchmal werden die betreffenden Personen dann idealisiert.

**Der Modus des wütenden Kindes.** In diesen Modus kommen Menschen, wenn sie sich ungerecht behandelt oder zurückgewiesen fühlen und ihre Bedürfnisse nicht erfüllt wurden. Sie reagieren dann mit starker Wut, die sie kaum kontrollieren können. Hierzu gehören Wutanfälle, Suizidandrohungen, verbale oder tätliche Aggressionen, das Werfen von Gegenständen oder das Knallen von Türen. Die meisten Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung haben u. a. deshalb sehr große Angst vor Ärger und Wut und versuchen, diese Gefühle zu unterdrücken. Sie zeigen diesen Modus nur selten gegenüber anderen.

**Der Modus des impulsiven Kindes.** Menschen in diesem Modus handeln sehr impulsiv, ohne nachzudenken, wenn sie ihre Bedürfnisse erfüllen wollen und sehen dies als eine Rebellion gegen eine ungerechte Welt. Typisch für diesen Modus sind impulsive Verhaltensweisen wie Alkohol- oder Drogenmissbrauch, Geldausgeben, Essanfälle, Selbstverletzungen und Hochrisikoverhalten (z. B. riskantes Autofahren, riskanter sexueller Kontakt).

### Problematische Elternmodi

**Der strafende Modus.** In diesem Modus haben Menschen das Gefühl, sie seien schlecht, wertlos, dumm, faul und hässlich. Er ist geprägt von Selbsthass, Selbstkritik, Schuld und Selbstabwertungen. Menschen bestrafen sich in diesem Modus z. B. mit Selbstverletzungen, Hungern oder Dursten oder erlauben sich nicht, sich um sich selbst zu kümmern und sich etwas Gutes zu tun. Der bestrafende Modus richtet sich gegen alle kindlichen Modi. Er verbietet und bestraft den Ausdruck von Bedürfnissen und Gefühlen. Der Ton ist höhnisch, missbilligend und demütigend. Dieser Modus gibt die internalisierten (»eingepägten«) Botschaften von Eltern oder anderen wichtigen Bezugspersonen (Lehrer, ältere Geschwister, Mitschüler etc.) wieder, mit denen in der Kindheit negative Erfahrungen gemacht wurden. Dieser Modus ist bei Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung besonders stark ausgeprägt.

### Problematische Bewältigungsmodi

**Der Selbstschutzmodus.** Sowohl die kindlichen Modi als auch der bestrafende Modus bringen sehr starke unangenehme Emotionen mit sich. Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung reagieren deshalb sehr häufig mit der Strategie der Vermeidung, um sich vor emotionalen Schmerzen zu schützen. Im Selbstschutzmodus kapselt sich die betroffene Person ab, sodass keiner an sie herankommt und sie verletzen kann. Menschen lenken sich in diesem Modus mit unterschiedlichen Dingen von unangenehmen Gefühlen und Gedanken ab. Hierzu gehören z. B. vermehrtes Arbeiten, Zwänge, Glücksspiel, Selbstverletzungen, Hochrisikoverhalten, übermäßiges Computerspielen oder Fernsehen, Essanfälle, Hungern, Erbrechen oder Tagträumen. Manchmal betreiben sie auch Substanzmissbrauch (Drogen/Alkohol), um ihre Emotionen zu dämpfen. Auch Dissoziationen gehören zum Selbstschutzmodus. Im Selbstschutzmodus fühlen Menschen häufig »nichts« oder fühlen sich »fremd« oder »leer«. Dies ist der Modus, in dem sich Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung größtenteils befinden.





## Die wichtigsten Modi der Borderline-Persönlichkeitsstörung

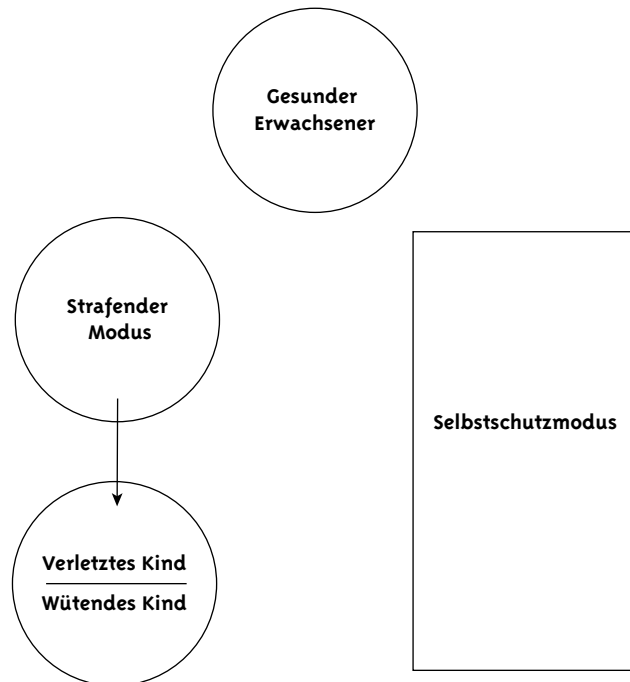
### — Gesunde Modi

**Der Modus des gesunden Erwachsenen.** In diesem Modus können Menschen mit Emotionen umgehen und Probleme lösen. Sie akzeptieren ihre Gefühle, Gedanken und Bedürfnisse. Sie gehen wertschätzend mit sich selbst um, auch bei Misserfolg, und treffen Entscheidungen entsprechend ihrer Ziele und Werte. Ein Hauptziel der Therapie ist es, diesen Modus, der häufig zu Beginn der Therapie noch schwach ausgeprägt ist, zu fördern und zu stärken.

Der Modus des gesunden Erwachsenen und die kindlichen Modi stehen nicht im Widerspruch. Aus der Perspektive des gesunden Erwachsenenmodus zeigen Menschen Verständnis und kümmern sich um die Bedürfnisse der kindlichen Modi, setzen dem Modus des wütenden und impulsiven Kindes aber angemessene Grenzen. Sie schützen sich und die kindlichen Modi vor dem strafenden Modus. So entsteht Sicherheit, die Notwendigkeit für den Selbstschutzmodus entfällt.

**Der Modus des fröhlichen Kindes.** In diesem Modus nutzen Menschen Freiräume, um spielerisch, ausgelassen, fröhlich und spontan zu sein. Dieser Modus ist bei Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung kaum vertreten und wird vom strafenden Modus verboten.

Es ist wichtig zu beachten, dass ein Symptom bei derselben Person in unterschiedlichen Modi auftreten kann. So kann beispielsweise Selbstverletzung einerseits dem strafenden Modus (als Selbstbestrafung) zugeordnet sein, jedoch zu einem anderen Zeitpunkt auch im Selbstschutzmodus auftreten (über körperlichen Schmerz Abstand zu emotionalen Schmerzen schaffen) oder im Modus des verlassenen Kindes (z. B. um den Partner nach einen Streit zum Bleiben zu zwingen) oder des wütenden, impulsiven Kindes (zeigen, dass etwas nicht in Ordnung ist) stattfinden. Es ist deshalb immer wichtig, zu beachten, warum ein bestimmtes Verhalten auftritt und es erst danach dem Modus zuzuordnen.



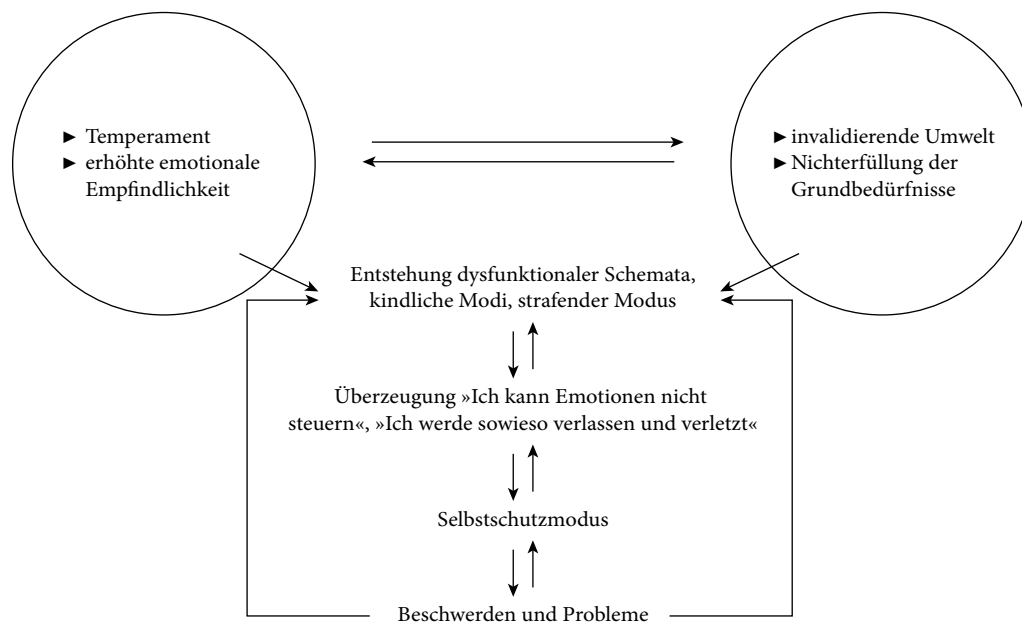
Modusmodell der Borderline-Persönlichkeitsstörung

## Das Entstehungsmodell der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Für die Entstehung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung spielen zwei Faktoren eine zentrale Rolle:

- (1) Das Temperament:** Forschungsergebnisse lassen vermuten, dass Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ein bestimmtes Temperament mitbringen, das zu einer erhöhten emotionalen Empfindlichkeit führt. Das bedeutet, dass sie im Vergleich zu anderen Gefühle viel intensiver wahrnehmen und häufig von schnell wechselnden Gefühlen überflutet werden. Eine emotionale Erregung wird durch kleinere Auslöser hervorgerufen, hat einen stärkeren Ausschlag und es dauert länger, bis sie sich wieder zurückgebildet hat.
- (2) Invalidierende Umwelt, Nichterfüllung der Grundbedürfnisse:** Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung kommen meist aus einer unsicheren, chaotischen, wenig liebevollen, hart strafenden, sehr kritischen und/oder abwertenden (familiären) Umgebung. Die Grundbedürfnisse von Kindern wie Sicherheit, Wärme, Geborgenheit und Aufmerksamkeit wurden nicht erfüllt. Der Ausdruck von Gefühlen und Bedürfnissen führte meist zu Schwierigkeiten oder wurde gar bestraft. Studien belegen den Zusammenhang zwischen der Entstehung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und traumatischen Erfahrungen wie sexuellem und emotionalem Missbrauch, Vernachlässigung oder Verlust eines Elternteils in der Kindheit.

Die Kombination dieser beiden Faktoren führt zusammen mit biologischen Faktoren dazu, dass Kinder keine gesunden Konzepte von sich selbst und über ihre Umwelt erlernen können. Dadurch, dass die Grundbedürfnisse nicht erfüllt werden, entsteht der Modus des verlassen, verletzten Kindes. Die abwertenden Botschaften, die Bestrafung und die Kritik durch die Eltern oder andere an der Erziehung beteiligte Personen internalisiert (verinnerlicht) das Kind im strafenden Modus. Es werden intensive unangenehme Emotionen ausgelöst, die sich durch die erhöhte emotionale Empfindlichkeit noch weiter verstärken. Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung sind deshalb schon sehr früh gezwungen, Methoden zu erlernen, die den Schmerz abdämpfen. So entsteht der Selbstschutzmodus, der im späteren Leben sofort anspringt, wenn eine emotionale Erregung stattfindet, um das verletzte, verlassene Kind vor weiteren Enttäuschungen zu beschützen. Gleichzeitig kann so kein anderer Umgang mit Emotionen und Bedürfnissen erlernt werden. Es können keine gesunden, heilenden Beziehungen aufgebaut werden, das verletzte, verlassene Kind bleibt allein und kann keine Hilfe und keinen Schutz vor dem strafenden Anteil bekommen. Der Modus des gesunden Erwachsenen kann sich nicht ausbilden.



Entstehungsmodell der Borderline-Persönlichkeitsstörung

## Borderline-Persönlichkeitsstörung: Achtsamkeit für Modi trainieren

1/2



**Aufgabe.** Lesen Sie das folgende Fallbeispiel von Sylvia S. und versuchen Sie, die jeweiligen Modi zu erkennen. Am besten ordnen Sie jedem Modus eine Farbe zu und unterstreichen dann die dazugehörigen Textpassagen in dieser Farbe (z. B. Blau für den Modus des verletzten, verlassenen Kindes, Rot für den Modus des wütenden, impulsiven Kindes, Schwarz für den strafenden Modus, Grün für den Selbstschutzmodus und Gelb für den Modus des gesunden Erwachsenen).

### Beispiel

Sylvia S., 25 Jahre alt, berichtet von häufigen Stimmungsschwankungen und einem ständigen Auf und Ab in der Beziehung zu ihrem Freund. Sie hat Ängste vor anderen Menschen und hat deshalb ihre Ausbildung zur Bürokauffrau abgebrochen. Vor allem nachts hat sie große Schwierigkeiten, alleine zu sein und versucht deshalb immer, ihren Freund zu überreden, bei ihr zu bleiben. Dabei kommt es sehr häufig zu Streit, wenn ihr Freund verabredet ist oder einen Abend allein verbringen möchte. Sylvia denkt dann sofort, dass er sie betrügt und sie verlassen will. Wenn er geht, ist sie manchmal so verzweifelt und wütend, dass sie ihn anschreit, Vorwürfe macht und auch mal eine Tasse nach ihm wirft. Sie versucht alles, um ihn bei sich zu behalten. Zweimal schloss sie sich sogar im Bad ein und sagte, dass sie sich die Pulsadern aufschneiden würde, wenn er geht. Das hatte ihr danach sehr Leid getan und sie hatte sich starke Vorwürfe gemacht. Sie dachte: »Er wird sowieso nie bei dir bleiben, du dumme Kuh. Du hast ihn gar nicht verdient. Keiner wird dich je lieben, weil du so schrecklich bist und nichts auf die Reihe kriegst. Du Versager!« Das erinnert Sylvia daran, wie ihr Vater früher häufig mit ihr gesprochen hatte, wenn es Streit gegeben hatte. Er hatte ihr dann immer vorgeworfen, sie sei zu dick und zu blöd und würde nie einen Mann finden, weil sie sich bei allem so dusselig anstellen würde. Keiner würde sie haben wollen. Dann hatte es oft Schläge gegeben oder er hatte tagelang kaum mit ihr gesprochen. In solchen Situationen spürt Sylvia einen großen Hass auf sich selbst und möchte sich schwer bestrafen. Manchmal verletzt sie sich dann selbst, indem sie Zigaretten auf ihrer Hand ausdrückt oder die Nacht auf dem Boden und nicht in ihrem Bett schläft. Manchmal kann sie die Angst, das Alleinsein und die Wut auf sich selbst kaum noch aushalten. Dann braucht sie irgendetwas, was ihr hilft, den Schmerz zu betäuben und sich abzulenken. Nicht selten geht sie dann zum Kühlschrank und isst alles, was sie finden kann, egal was. Wenn Alkohol da ist, trinkt sie manchmal so viel, dass sie nichts mehr spürt. Häufig kifft sie dann auch. Insgesamt versucht sie ihr Leben so zu gestalten, dass möglichst wenig Zeit zum Nachdenken bleibt. Sie versucht immer etwas zu tun zu haben: putzen, aufräumen, Computerspielen, Hörspiel hören und gleichzeitig im Internet surfen. Neben ihrem Freund hat sie kaum engere Bekannte. Sie zieht sich in anderen Beziehungen sehr zurück, erzählt wenig von sich selbst, sagt Verabredungen häufig ab, geht manchmal gar nicht ans Telefon. Wegen der Probleme, die Sylvia mit ihrem Freund hat, und weil sie sich schon lange so depressiv und traurig fühlt, hat Sylvia sich entschieden, eine Therapie zu machen.



Welche Modi haben Sie entdeckt?

.....

Kennen Sie einige der Symptome von sich selbst?

.....

.....

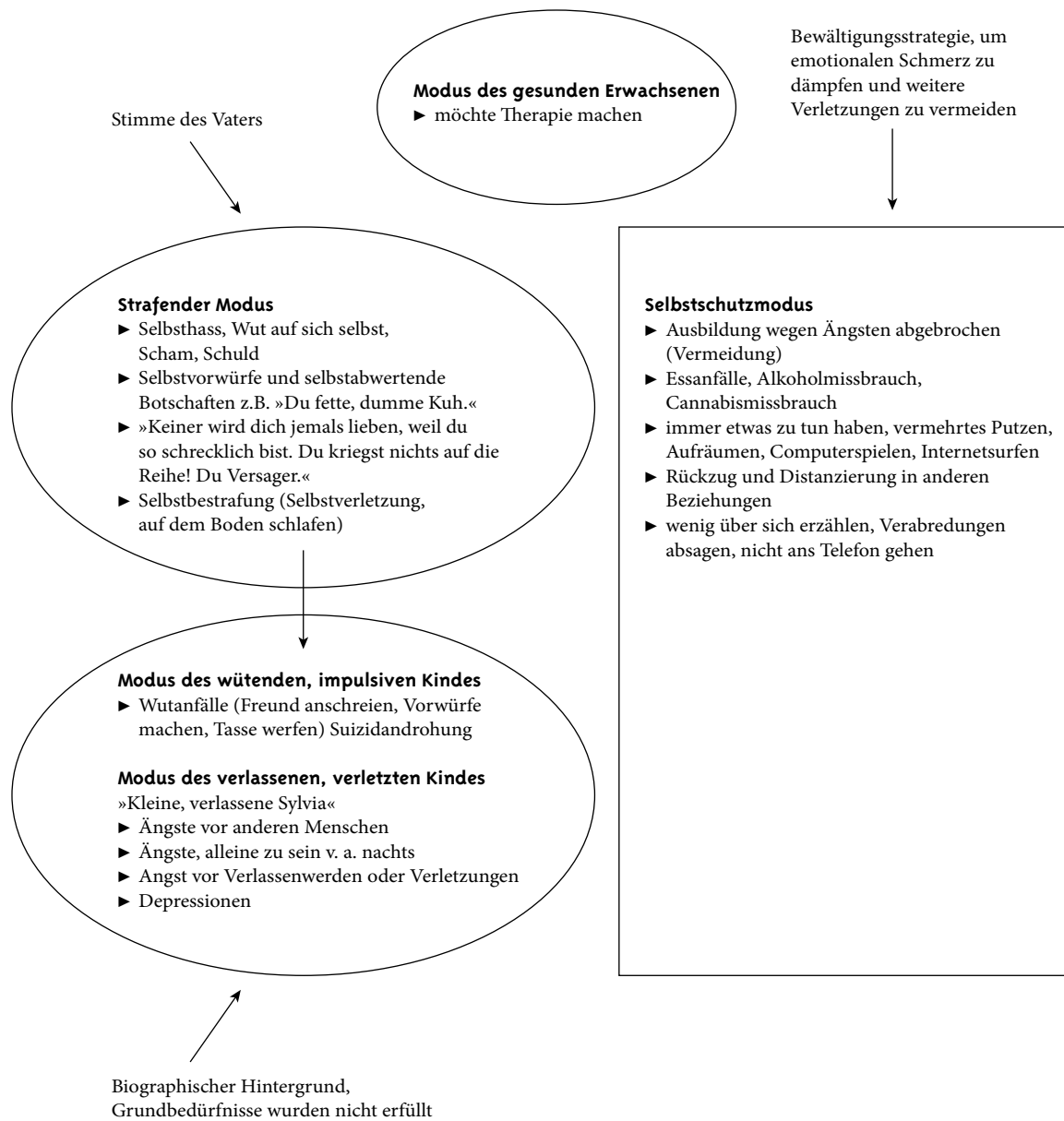


## Borderline-Persönlichkeitsstörung: Achtsamkeit für Modi trainieren

2/2

Am Anfang kann es noch sehr schwer sein, die Modi zuzuordnen. Besprechen Sie die Aufgabe deshalb mit Ihrem Therapeuten.

Im Folgenden finden Sie das Modusmodell von Sylvia S. Ihre Symptome sind dort den jeweiligen Modi zugeordnet.



Erstellen Sie nun mit Ihrem Therapeuten Ihr eigenes Modusmodell für Ihre individuelle Problematik. Dazu können Sie das Arbeitsblatt 1 (»Mein Modus-Modell«) verwenden.