



Leseprobe aus Arntz • van Genderen, Schematherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen,  
ISBN 978-3-621-28929-0

© 2022 Programm PVU Psychologie Verlags Union in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel  
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28929-0>

# Inhalt

Vorwort zur ersten deutschsprachigen Auflage	12
Vorwort zur zweiten deutschsprachigen Auflage	14
Hinweise zur Übersetzung	16
Danksagung	19
Einleitung	21
<b>1 Borderline-Persönlichkeitsstörung</b>	<b>23</b>
1.1 Was ist eine Borderline-Persönlichkeitsstörung?	23
1.2 Prävalenz und Komorbidität	24
1.3 Entwicklung der Borderline-Persönlichkeitsstörung	25
<b>2 Grundlagen der Schematherapie zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung</b>	<b>27</b>
2.1 Entwicklung der Schematherapie zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung	27
2.2 Forschungsergebnisse	28
2.3 (Kontra-)Indikationen	31
2.4 Theoretische Grundlagen der Schematherapie	32
2.5 Schemamodi	34
2.5.1 Der distanzierte Selbstschutzmodus	36
2.5.2 Der Modus des verlassenen oder missbrauchten Kindes	41
2.5.3 Der Modus des wütenden oder impulsiven Kindes	42
2.5.4 Der bestrafende oder überkritische Modus	45
2.5.5 Der gesunde Erwachsenenmodus	46
2.5.6 Der Modus des glücklichen Kindes	47
<b>3 Behandlung</b>	<b>50</b>
3.1 Behandlungsstruktur	53
3.2 Therapiephasen	54
3.3 Anfangsphase der Therapie und Erstellung eines Fallkonzepts	56
3.4 Krisenmanagement	63
3.5 Therapeutische Interventionen mit Schemamodi	64
3.6 Abschlussphase der Therapie	66
<b>4 Therapeutische Beziehung</b>	<b>69</b>
4.1 Begrenzte Übernahme einer Elternrolle durch die Therapeutin	69
4.1.1 Fürsorgliches Verhalten	71
4.1.2 Anleitung und Beratung	72
4.1.3 Empathische Konfrontation	73

4.1.4	Grenzen-Setzen	75
4.1.5	Rollenspiele und Rollentausch	82
4.1.6	Imaginatives Überschreiben	82
4.2	Schemata der Therapeutin	82
4.3	Selbstoffenbarung	84
4.4	Kognitive Techniken und die therapeutische Beziehung	85
4.5	Verhaltensbezogene Therapietechniken und die therapeutische Beziehung	87
<b>5</b>	<b>Erlebnisorientierte Techniken</b>	<b>89</b>
5.1	Imaginationsübungen	89
5.1.1	Anwendungsbereiche und Ziele der Imaginationsübungen	90
5.1.2	Imagination eines sicheren Ortes	94
5.1.3	Imaginationsübungen bei der Suche nach den Entstehungsbedingungen für Modi	95
5.2	Imaginatives Überschreiben	100
5.2.1	Grundlagenmodell für die imaginative Überschreibung im ersten Teil der Behandlung	100
5.2.2	Imaginative Überschreibung in der Abschlussphase der Behandlung	106
5.2.3	Imaginatives Überschreiben: Veränderung von Verhaltensmustern	110
5.3	Rollenspiele	121
5.3.1	Rollenspiel zu vergangenen Situationen	121
5.3.2	Rollenspiel zu einer gegenwärtigen Situation	131
5.4	Zwei-oder-Mehr-Stühle-Technik	132
5.4.1	Zwei-Stühle-Technik im Umgang mit dem bestrafenden Elternteil	132
5.4.2	Leere-Stuhl-Technik für den fordernden Elternmodus	136
5.4.3	Zwei-Stühle-Technik im Umgang mit dem distanzierten Selbstschutzmodus	139
5.4.4	Einsatz mehrerer Stühle	141
5.4.5	Einsatz von zwei oder mehreren Stühlen in der letzten Phase der Therapie	141
5.5	Emotionen erleben und Ausdruck verleihen	142
5.5.1	Umgang mit Wut	142
5.5.2	Umgang mit Frustration	145
5.5.3	Erleben und Ausdruck von weiteren Emotionen	145
5.5.4	Erlebnisorientierte Verfahren für das glückliche Kind	147
5.5.5	Briefe schreiben	147
<b>6</b>	<b>Kognitive Techniken</b>	<b>149</b>
6.1	Der Sokratische Dialog	152
6.2	Üben von Bewertungen auf einer visuellen Analogskala	154
6.3	Mehrdimensionale Bewertung	155
6.4	Zweidimensionale Abbildungen von vermuteten Zusammenhängen	157
6.5	Kreisdiagramm	158
6.6	Gerichts-Übung (Ankläger, Verteidiger, Richter)	159
6.7	Überprüfen der persönlichen Vergangenheit	159
6.8	Selbstbeobachtungs-Kreis	160

6.9	Selbstinstruktionskarten	161
6.10	Tagebuch positiver Ereignisse	161
<b>7</b>	<b>Verhaltensbezogene Techniken</b>	<b>163</b>
7.1	Verhaltensexperimente	163
7.2	Fertigkeitentraining und Rollenspiele	164
7.3	Problemlöse-Techniken	165
7.4	Gespräche über gefährliche Verhaltensweisen	165
7.5	Gespräche über neue Verhaltensweisen	165
<b>8</b>	<b>Spezifische Methoden und Techniken</b>	<b>168</b>
8.1	Hausaufgaben	168
8.2	Pharmakologische Therapie	170
8.3	Umgang mit Krisen	171
8.4	Suizidversuche und Selbstverletzungen	173
8.4.1	Selbstverletzung und andere selbstschädigende Verhaltensweisen	174
8.4.2	Suizidversuche	175
8.5	Bearbeitung von Traumata	175
<b>9</b>	<b>Behandlungsmethoden und der jeweilige Modus</b>	<b>178</b>
9.1	Behandlungsmethoden im Umgang mit dem distanzierten Selbstschutzmodus	179
9.1.1	Therapeutische Beziehung	179
9.1.2	Fühlen	181
9.1.3	Denken	182
9.1.4	Verhalten	183
9.1.5	Pharmakotherapie	183
9.2	Behandlungsmethoden im Umgang mit dem Modus des verlassenem oder missbrauchten Kindes	186
9.2.1	Therapeutische Beziehung	186
9.2.2	Fühlen	186
9.2.3	Denken	187
9.2.4	Verhalten	187
9.3	Behandlungsmethoden im Umgang mit dem Modus des glücklichen Kindes	190
9.3.1	Therapeutische Beziehung	190
9.3.2	Fühlen	190
9.3.3	Denken	191
9.3.4	Verhalten	191
9.4	Behandlungsmethoden im Umgang mit dem Modus des wütenden Kindes	191
9.4.1	Therapeutische Beziehung	191
9.4.2	Fühlen	194
9.4.3	Denken	195

9.4.4	Verhalten	195
9.4.5	Pharmakotherapie	195
9.5	Behandlungsmethoden im Umgang mit dem Modus des undisziplinierten oder impulsiven Kindes	197
9.5.1	Therapeutische Beziehung	197
9.5.2	Fühlen	198
9.5.3	Denken	199
9.5.4	Verhalten	199
9.6	Behandlungsmethoden im Umgang mit dem Modus des strafenden oder überkritischen Elternteils	200
9.6.1	Therapeutische Beziehung	200
9.6.2	Fühlen	200
9.6.3	Denken	202
9.6.4	Verhalten	202
9.7	Behandlungsmethoden im Umgang mit dem gesunden Erwachsenenmodus	204
9.7.1	Therapeutische Beziehung	204
9.7.2	Fühlen	204
9.7.3	Denken	205
9.7.4	Verhalten	206
9.8	Gleichzeitig Schach und Flipper spielen – Umgang mit rasch wechselnden Modi	206
<b>10</b>	<b>Schematherapie in anderen Settings und Modalitäten</b>	<b>211</b>
10.1	Schematherapie in tagesklinischen und stationären Settings	211
10.2	Schematherapie und nonverbale Therapien	212
10.3	Gruppen-Schematherapie	213
10.3.1	Vorteile der Gruppen-Schematherapie	214
10.3.2	Aufgaben und Funktionen der Therapeutin	214
10.3.3	Therapiephasen	215
10.3.4	Unterschiede zwischen der Arbeit in einer Gruppe und der Einzeltherapie	216
10.3.5	Einsatz von Techniken aus der nonverbalen Therapie	217
10.3.6	Identität entwickeln	219
10.3.7	Techniken der Schematherapie im Gruppensetting	220
10.3.8	Schwierigkeiten mit Gruppen-Schematherapie	223
10.4	Schematherapie für Paare	225
10.4.1	Indikation für Schematherapie mit Paaren, bei denen einer der Partner BPS hat	225
10.4.2	Vorteile der Paartherapie	227
10.4.3	Die therapeutische Beziehung	228
10.4.4	Fallkonzeptualisierung	228
10.4.5	Anpassung der Schematherapie für die Paartherapie	231
10.4.6	Schwierigkeiten bei der Schematherapie mit Paaren	232

<b>11</b>	<b>Abschlussphase der Therapie</b>	234
11.1	Durchbrechen alter Verhaltensmuster	234
11.2	Beendigung der Therapie	235
<b>12</b>	<b>Fazit</b>	238
<b>Anhang</b>		
	Literatur	242
	Übersicht und Beschreibung der Arbeitsmaterialien	248
	Sachwortverzeichnis	251

## 4 Therapeutische Beziehung

- 4.1 Begrenzte Übernahme einer Elternrolle durch die Therapeutin
- 4.2 Schema der Therapeutin
- 4.3 Selbstoffenbarung
- 4.4 Kognitive Techniken und die therapeutische Beziehung
- 4.5 Verhaltensbezogene Therapietechniken und die therapeutische Beziehung

Die Entwicklung einer sicheren und auf Vertrauen basierenden Beziehung erfordert viel Zeit, Energie und Einsatz von Therapeutinnen und Therapeuten. Die meisten Patientinnen und Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung haben eine lange Vorgeschichte mit Beziehungen, die von Vernachlässigung, Missbrauch und Ausbeutung geprägt waren. Bedauerlicherweise haben manche dieser Erfahrungen mit Therapeutinnen oder anderen im Gesundheitswesen tätigen Personen stattgefunden. Daher müssen Therapeutinnen viel Zeit und Energie auf die Entwicklung einer sicheren, auf Vertrauen basierenden Beziehung verwenden. Darüber hinaus haben viele Patientinnen Beziehungen zu Therapeutinnen erlebt, die zwar nicht missbräuchlich, aber dennoch nicht gesund waren oder die ein vorzeitiges Ende fanden.

Sehr wichtig für die Therapeutinnen ist ein hohes Maß an Geduld und die Unterstützung durch eine zuverlässige Supervisions- oder Intervisionsgruppe. Verglichen mit anderen Formen der Psychotherapie erfordert die Schematherapie viel Zeit und persönliches Engagement. Einerseits sind die Therapeutinnen ungewöhnlich stark in die therapeutische Beziehung zu der Patientin eingebunden, sie benötigen aber andererseits ebenfalls die Fähigkeit, Grenzen zu setzen, um dadurch auch die Grenzen der Patientin schützen zu können. Dabei hilft es, wenn Therapeutinnen eigenen (dysfunktionalen) Schemata kennen und mit ihnen auf gesunde Weise umgehen können. In den folgenden Abschnitten veranschaulichen wir wichtige Bestandteile der therapeutischen Beziehung zwischen der Patientin mit BPS und der Therapeutin.

### 4.1 Begrenzte Übernahme einer Elternrolle durch die Therapeutin

Die begrenzte Übernahme einer Elternrolle durch die Therapeutin bzw. den Therapeuten ist eine beschränkte Form der Elternschaft, bei der eine bestimmte therapeutische Haltung die Basis des therapeutischen Prozesses darstellt. Mit anderen Worten: Die Therapeutin geht an die Beziehung zu ihrer Patientin so heran, als wenn sie ein Elternteil der Patientin wäre. Zu beachten sind die Worte »als wenn«: Es ist nicht die Absicht der

Schematherapie, dass die Therapeutin tatsächlich zu einem Elternteil wird. Vielmehr gibt sie angemessene elterliche Reaktionen und Verhaltensweisen modellhaft vor. Die Therapeutin beginnt die Therapie in dem Bewusstsein, dass sie mindestens zwei Jahre (oder wenn nötig mehr) in die Arbeit mit der Patientin investieren wird. In manchen Momenten wird die Therapeutin besonders viel Zeit für die Behandlung der Patientin aufbringen müssen, z. B. wenn sie eine Krise erlebt.

Bei der Behandlung von BPS-Patientinnen empfehlen wir, dass die Therapeutin für die Patientinnen leicht erreichbar bleibt. Wenn die Therapeutin in der Lage ist, der Patientin während einer akuten Krise direkt zu helfen, trägt dies dazu bei, die Krise zeitnah zu entschärfen und stärkt zudem die therapeutische Beziehung. Die telefonische Erreichbarkeit außerhalb der Sprechzeiten wird nicht mehr empfohlen. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigten hierzu keinen ausreichend großen Effekt, der es rechtfertigen würde, die telefonische Erreichbarkeit im Behandlungsprotokoll beizubehalten. E-Mails sind eine gute Alternative, da sich Patientinnen oft mit der Therapeutin verbunden fühlen, während sie ihr schreiben und ihr ihre Probleme mitteilen. Dabei ist es nicht ratsam, als Therapeutin rund um die Uhr den Posteingang zu prüfen, dies gilt es auch der Patientin zu vermitteln. Wenn jedoch der Fall einer akuten Krise eintritt, die eine professionelle Intervention erfordert und die Therapeutin in dieser Zeit nicht erreichbar ist (z. B. außerhalb der Sprechzeiten), muss geklärt sein, dass die Patientin sich an die üblichen Kriseneinrichtungen wenden sollte.

### **■ Exkurs • Erreichbarkeit im Notfall und Notfallplan**

Gegen Ende der Therapie erwähnte Nora, dass das Bewusstsein, ihre Therapeutin im Fall einer Krise kontaktieren zu können, für sie von immenser Wichtigkeit gewesen war. Es gab ihr das Gefühl, umsorgt und geschätzt zu werden. Während der drei Jahre andauernden Therapie kontaktierte Nora ihre Therapeutin zehnmal während der Sprechzeiten, davon achtmal im ersten Jahr.

Indem die Therapeutin ihre Patientin mit einer Telefonnummer einer Kriseneinrichtung ausstattet, die sie im Fall einer Krise oder eines Suizidversuchs nutzen kann, übernimmt die Therapeutin keine 24-Stunden-Versorgung für ihre Patientin. Die Therapeutin ist z. B. über E-Mail erreichbar oder über einen Anrufbeantworter, auf dem die Patientin eine Nachricht hinterlassen und somit die Dringlichkeit und Ernsthaftigkeit ihrer Situation beschreiben kann. Dadurch kann die Therapeutin zwar zeitweise nicht verfügbar sein (z. B. in einem Konzert, im Theater, im Bett oder auch über das Wochenende verreist), während es der Patientin dennoch möglich ist, ihr unmittelbar eine Nachricht zukommen zu lassen. Manchen Patientinnen reicht es schon, die Stimme der Therapeutin auf deren Anrufbeantworter zu hören, um wieder Sicherheit zu gewinnen und die gegenwärtige Krise zu bewältigen.

Sollte eine akute Krise sofortiges Handeln verlangen und die Therapeutin nicht erreichbar sein, ist es wichtig, dass es der Patientin möglich ist, einem Notfallplan zu folgen, der in der ersten Therapiestunde besprochen wurde. Dieser Notfallplan um-

fasst die Telefonnummern von geeigneten Ansprechpartnern, wie rund um die Uhr verfügbaren psychiatrischen Notfallambulanzen und Kliniken, dem Rettungsdienst, dem kassenärztlichen Notdienst oder der Hausärztin bzw. dem Hausarzt.

Die begrenzte Übernahme einer Elternrolle durch die Therapeutin impliziert, dass die Therapeutin ihre Aufmerksamkeit auf bisher vernachlässigte Aspekte des Verhaltens der Patientin richtet. Sie leistet Hilfestellung, wenn die Patientin unfähig ist, ein Problem anzusprechen, und setzt Grenzen, wenn dies nötig ist. Die Therapeutin wird mit der Patientin an der Entwicklung und Verbesserung ihrer Fähigkeiten arbeiten und sie ermutigen, Unabhängigkeit und Verantwortungsbewusstsein zu zeigen.

In der letzten Phase der Therapie, wenn die Patientin idealerweise im Verhalten selbstständiger wird, muss sich die Rolle der Therapeutin von der eines Elternteils von einem kleinen Kind zu der eines Elternteils eines Heranwachsenden ändern. Ihre Einstellung entwickelt sich also von der sehr fürsorglichen Erfüllung der Bedürfnisse der Patientin zu einer mehr fordernden Haltung. Als Coach ermutigt sie die Patientin mehr und mehr, ihre eigenen Lösungen zu finden und ihren Modus des gesunden Erwachsenen mit einzubeziehen.

Mit der Zeit wird die Patientin die Rolle der Therapeutin verinnerlichen, gesündere Schemata entwickeln und den Modus des gesunden Erwachsenen stärken, was ihr idealerweise beim Aufbau eines neuen Lebens hilft. Die folgenden Abschnitte beschreiben die verschiedenen Elemente, die zur begrenzten Übernahme der Elternrolle durch die Therapeutin gehören.

#### 4.1.1 Fürsorgliches Verhalten

Fürsorgliches Verhalten bedeutet, sich mit den Erfahrungen der Patientin zu befassen. Es bedeutet auch, dass die Therapeutin bzw. der Therapeut mit der Patientin in einer warmen, ermutigenden Weise spricht. Wenn die Patientin im Modus des verletzlichen Kindes ist, muss die Therapeutin realisieren, dass die Patientin auf einer emotionalen Ebene noch als Kind agiert. Wird die Patientin von Emotionen überwältigt, die mit Erlebnissen aus ihrer Vergangenheit in Zusammenhang stehen, hilft es, wenn die Therapeutin überlegt, was sie sagen würde, wenn sie tatsächlich einem Kind gegenüberstünde, das panisch oder traurig ist. Man würde nicht sofort praktische Lösungen vorschlagen, sondern Verständnis für die Gefühle und das Erleben des Kindes zeigen. Wenn sich die Patientin beruhigt, kann man eventuell Bezüge zu vergangenen Erfahrungen herstellen und ggf. dann auch über praktische Lösungen nachdenken.

Für die Behandlung einer Patientin mit Borderline-Persönlichkeitsstörung benötigt die Therapeutin überdurchschnittlich viel Engagement sowie die Bereitschaft, diese Behandlung über einen langen Zeitraum durchzuführen. Wie bei jeder Eltern-Kind-Beziehung ist das weder für die Therapeutin noch für ihre Patientin immer leicht und angenehm. Dies wird durch die hohen Erwartungen der Patientin oft noch verstärkt. Da die

Grundbedürfnisse der Patientinnen mit BPS während ihrer Kindheit nicht erfüllt wurden, haben sie im Allgemeinen hohe Ansprüche an ihre Therapeutin. Daher legt die Therapeutin klar fest, was sie bereit ist, für die Patientin zu tun und was nicht. Diese Grenzen werden einfach und verständlich vermittelt (s. »Grenzen-setzen« in Abschn. 4.1.4). Wie das getan wird, unterscheidet sich von Therapeutin zu Therapeutin und ist regelmäßig ein wichtiges Thema bei Supervisions- oder Interventionsgruppentreffen.

**Grenzen der Fürsorge.** Therapeutinnen, die bei der Durchführung dieser anspruchsvollen Therapieform überdurchschnittlich stark motiviert sind, neigen dazu, ihre eigenen Grenzen zu weit zu fassen (oder zu erlauben, dass ihre Grenzen überschritten werden). In diesen Fällen ist die Gefahr groß, dass die Therapeutin in einen Überforderungs- oder Erschöpfungszustand gerät, in ihrem Verhalten sinnvolle Grenzen überschreitet oder eine nicht-therapeutische Beziehung mit der Patientin eingeht. Die Therapeutin muss sich bewusst sein, dass sie durch dieses Verhalten der bereits schwer geschädigten Patientin weiter schaden könnte, da sich die Muster von Verlassenwerden und Missbrauch wiederholen.

Wenn die Therapeutin zu dem Schluss kommt, dass sie für die Patientin etwas Bestimmtes nicht tun kann oder tun will, sagt sie ihr das auf persönliche Weise, anstatt sich hinter den Regeln oder Verordnungen ihrer Klinik, ihres Instituts oder ihrer Praxis zu verstecken (s. »Empathische Konfrontation« im Abschn. 4.1.3). Die Frustration, die dadurch hervorgerufen werden kann, ist ein normaler Teil des therapeutischen Prozesses, genauso wie Frustration ein normaler Prozess bei der Kindererziehung sein kann. Die Therapeutin hilft der Patientin beim angemessenen Umgang mit dieser Frustration (s. Abschn. 9.4 »Behandlungsmethoden im Umgang mit dem Modus des wütenden Kindes« und Abschn. 9.5 »Behandlungsmethoden im Umgang mit dem Modus des undisziplinierte oder impulsive Kindes«).

#### 4.1.2 Anleitung und Beratung

So wie Eltern ihre Kinder beraten, gibt auch die Therapeutin ihrer Patientin Anleitung und Hinweise, um ihre gesunde Entwicklung zu unterstützen. Sie interveniert, wenn sie glaubt, dass das Verhalten der Patientin ihr möglicherweise schadet. Dies ist der Fall, wenn die Patientin ein Verhalten zeigt, das mit der Therapie interferiert (z. B., wenn sie mehrere Therapiesitzungen verpasst), oder vermeidet, über relevante Themen zu sprechen. Die Therapeutin kann der Patientin dieses Verhalten bewusst machen. Sie hilft ihr, die Verbindung zwischen ihrem Verhalten und den verantwortlichen Schemamodi zu erkennen, und motiviert sie zur Veränderung dieser Verhaltensweisen. Potenziell schädigendes Verhalten außerhalb der Therapie wird ebenfalls angesprochen, da sonst die Gefahr besteht, dass diese schädigenden Verhaltensweisen mit den positiven Veränderungen während der Therapiesitzungen interferieren. Beispiele für schädigendes Verhalten sind: Substanzmissbrauch, ungesundes oder unregelmäßiges Essverhalten oder das Fortführen von Beziehungen zu Freundinnen oder Partnern, welche die Patientin schlecht behandeln oder vernachlässigen. Im Rahmen der Therapie haben Verhaltens-

weisen, die das Leben der Patientin oder anderer Menschen gefährden. Die Therapeutin muss sich im Klaren darüber sein, dass ihre Ratschläge nicht zu einer unmittelbaren Veränderung in der Realität führen werden. Dennoch ist es ihre Aufgabe, der Patientin weiterhin zu erklären, wie diese es erreichen kann, dass ihre Bedürfnisse künftig besser erfüllt werden.

**Schädigende Verhaltensweisen.** Wenn die Patientin lebensbedrohliche oder andere selbstschädigende Verhaltensweisen entwickelt hat, müssen diese im Vordergrund der Behandlung stehen. Die Therapeutin erläutert, welcher Modus bei der Patientin zu diesem Verhalten führt und wie die Patientin diese Verhaltensweisen unterbinden kann. Wenn nötig, kann die Therapeutin der Patientin dabei helfen, alternative Verhaltensweisen zu finden. Sollten diese Maßnahmen nicht zu einer akzeptablen Verminderung der problematischen Verhaltensweisen führen, kann die Therapeutin auch Grenzen setzen (s. Abschn. 4.1.4). Ist das schädigende Verhalten identifiziert und unterbunden, sollte sich die Therapeutin so lange bei der Patientin danach erkundigen (z. B. Wie geht es ihr? Ist sie noch »clean«?), bis sie sich sicher ist, dass das Problem nicht mehr besteht.

**Beziehungsprobleme.** Wenn die Patientin Probleme mit ihren zwischenmenschlichen Beziehungen hat, versucht die Therapeutin zuerst, sich ein Bild von den anderen Personen zu machen. Sie bittet die Patientin etwa, ihren Partner oder ihre Partnerin zur Therapiesitzung mitzubringen. Bringt die Patientin ihren Partner nicht mit oder lehnt der Partner die Teilnahme an einer Therapiesitzung ab, akzeptiert die Therapeutin diese Entscheidung. Sie stützt sich dann auf die Informationen der Patientin, um einen Eindruck von der partnerschaftlichen Situation und dem Partner zu bekommen. Ist die Therapeutin der Meinung, der Partner habe einen guten Einfluss auf die Patientin, kann sie beiden bei der Lösung ihrer Beziehungsprobleme helfen und dabei auch Psychoedukation über Borderline-Persönlichkeitsstörung einsetzen. Indem der Partner genauere Informationen über die BPS erhält, kann ihm die Therapeutin helfen, besser zu verstehen, was während schwieriger Phasen ihrer Patientin geschieht. Zusammen können sie überlegen, wie sie einem Ausufern von Konflikten vorbeugen und Krisen meistern können. Wenn nötig, kann der Partner regelmäßig mitkommen und bei Gesprächen über dysfunktionale Schemata teilnehmen. Manchmal ist es jedoch offensichtlich, dass der Partner nicht im besten Interesse der Patientin handelt und sie verletzen will. Das ist dann besonders deutlich, wenn Missbrauch oder Misshandlungen in der Beziehung stattfinden. Die Patientin erlebt dabei erneut die schmerzvollen Probleme ihrer Vergangenheit. Die Therapeutin hilft in solch einem Fall der Patientin, sich zu schützen, und empfiehlt ihr, sich von diesem Partner zu trennen.

### 4.1.3 Empathische Konfrontation

Die therapeutische Beziehung ist für die Patientin nicht nur ein sicherer Hafen, sondern stellt auch eine Quelle der Veränderung dar. Wenn sich eine stabile und enge Beziehung zwischen der Therapeutin bzw. dem Therapeuten und der Patientin entwickelt hat, be-

ginnt die Therapeutin, die Patientin mit den Konsequenzen ihres Verhaltens zu konfrontieren. Wichtig ist hierbei, dass die Therapeutin über ihre eigenen Emotionen spricht, welche die Patientin in der Therapie durch ihr Verhalten während der Therapie oder durch Beschreibungen ihres Verhaltens außerhalb der Therapie auslöst. Zuerst überprüft die Therapeutin, ob ihre Reaktion durch das Verhalten der Patientin ausgelöst wird oder ob der Reaktion eigene dysfunktionale Schemata zugrunde liegen (s. Abschn. 4.2). Wenn die Therapeutin sicher ist, dass keine eigenen dysfunktionalen Schemata ihr Verhalten bestimmen, konfrontiert sie die Patientin auf freundliche, persönliche und doch deutliche Weise. Sie stellt sorgfältig klar, dass es das Verhalten der Patientin ist, das sie ablehnt und nicht die Patientin als Person. Sie versteckt sich nicht hinter abstrakten Regeln und Normen (z. B. Vorschriften der Klinik, in der die Therapeutin arbeitet, oder beruflichen Leitlinien), sondern überbringt der Patientin ihre Botschaft auf ehrliche und persönliche Weise.

### ■ Dialog • Beispieldialog: Empathische Konfrontation

- T: Nora, Sie verlangen von mir, dass ich die Art unterstütze, wie Sie sich letzte Woche gegenüber der Frau, bei der Sie als Reinigungskraft angestellt sind, verhalten haben. Ich habe den Eindruck, dass Sie mich dazu bringen wollen, Sie zu unterstützen und mir nicht erlauben wollen, anderer Meinung zu sein. Das ist sehr mühsam für mich. Es bedeutet, dass ich Ihnen nicht sage, was ich wirklich denke, doch gleichzeitig weiß ich, dass ich Ihnen damit nicht helfe.
- P: [*aufgebracht*] Na toll, also denken Sie auch, dass ich mit dieser Frau falsch umgegangen bin? Sie halten mich auch für eine Idiotin!
- T: Das ist es nicht, was ich sagen will. Was ich gemeint habe, war, dass die Art und Weise, mit der Sie mich dazu bringen wollen, die gleiche Meinung wie Sie zu vertreten, zur Folge hat, dass ich mich nicht mehr traue, zu sagen, was ich denke. Das würde uns auf die Dauer auseinanderbringen und ich will nicht, dass das passiert.
- P: [*schweigt kurz ... dann traurig*] Vielleicht ist das nicht Ihre Absicht, aber ich habe das Gefühl, Sie lassen mich auch im Stich.
- T: Das verstehe ich. Ich glaube, was gerade zwischen uns geschieht, passiert häufig, wenn Menschen Ihnen nicht zustimmen. Sie reagieren abwehrend und fühlen sich abgewiesen. Bevor Sie einen klaren Gedanken fassen können, sind Sie mitten im überkritischen Modus und denken, dass jeder, der Ihnen nicht zustimmt, Sie für eine Idiotin hält und ablehnt. Dennoch verstehe ich Ihr Verhalten. In der Vergangenheit durften Sie keine eigene Meinung vertreten, denn Ihre Mutter hat Sie ständig heruntergeputzt, wenn Sie etwas gesagt haben. Aber jetzt ist es wichtig, dass Sie wahrnehmen, dass die gegenwärtige Situation anders ist. Ich halte Sie weder für dumm noch für eine Idiotin. Ich sehe, dass Sie manchmal mit schwierigen Situationen gut umgehen können und manchmal nicht so gut, und ich will Ihnen das auch sagen dürfen. Ich möchte mich nicht gezwungen sehen, Ihnen in allem zuzustimmen. Also bitte ich Sie, sich nicht zurückzuziehen oder mich auszuschließen, sondern zu versuchen, das Problem ruhig und entspannt mit mir zu besprechen.

Auf die Konfrontation wird die Patientin möglicherweise emotional reagieren und die Konfrontation als Bestrafung wahrnehmen. In dem Beispieldialog fühlt sich Nora zuerst wütend, wird dann aber traurig. Die Therapeutin widmet sich zuerst diesen im Vordergrund stehenden Emotionen. Danach erklärt sie, aus welchem Grund sie Nora mit ihrem Verhalten konfrontiert hat. Nach der Konfrontation besteht die Gelegenheit, mit der Patientin zu analysieren, warum ihr das so häufig passiert und wie ihr Verhalten mit zugrundeliegenden Schemata verbunden ist. Man kann ferner untersuchen, wie sich diese Schemata entwickelt haben und damit anfangen, sie durch funktionale Ansichten und Schemata zu ersetzen. Nora entwickelte schließlich eine neue Überzeugung: »Wenn jemand mir nicht zustimmt, dann vertritt er eben eine andere Meinung. Das bedeutet nicht, dass er mich ablehnt.« In der Konsequenz könnte das zugrundeliegende Schema (»Anderen Menschen ist nicht zu trauen«), langsam durch ein funktionelles Schema abgelöst werden. In einer späteren Therapiephase kann die Patientin auch neue Fähigkeiten zur Konfliktbewältigung entwickeln (z. B. Durchsetzungsvermögen einüben).

#### 4.1.4 Grenzen-Setzen

Wenn empathische Konfrontation nicht ausreicht, um dysfunktionales Verhalten zu stoppen, kann die Therapeutin bzw. der Therapeut erwägen, eine Grenze zu setzen. Auch für eine gute elterliche Erziehung ist es unabdingbar, dass rechtzeitig klare Grenzen gesetzt werden.

Es gibt zwei Wege der Grenzsetzung: einen direkten Weg und einen Weg in kleinen Teilschritten. Wenn eine direkte Bedrohung für die Patientin, die Therapeutin oder jemand anderen besteht, muss die Therapeutin die Patientin sofort in ihrem Verhalten stoppen. Sie sollte versuchen, dabei gelassen und bestimmt vorzugehen und eine Verbindung zu dem wütenden Kind in der Patientin herzustellen, das droht, die Regeln zu verletzen. Manchmal entwickelt sich die Grenzverletzung durch die Patientin zu schnell, dann muss die Therapeutin so handeln, wie sie es in jeder kritischen Situation tun würde.

Es gibt neben den allgemeinen Grenzen hinsichtlich Missbrauch, Gewalt und Suizid auch persönliche Grenzen. In diesem Fall kann die Therapeutin schrittweise Grenzen setzen. Da die persönlichen Grenzen für jede Therapeutin bzw. jeden Therapeuten unterschiedlich sind, gibt es hierfür keine festen Richtlinien. Allerdings sollte die Therapeutin nicht zu viele Grenzen setzen, oder diese zu schnell ziehen. Das Setzen von Grenzen ist in der Regel dann notwendig, wenn es um ein Verhalten geht, das für die Therapeutin inakzeptabel ist oder das die therapeutische Behandlung stark beeinträchtigen könnte. Am Anfang verhält sich die Therapeutin umgänglich und flexibel, da sie an der Entwicklung einer guten therapeutischen Beziehung interessiert ist. Wenn dies erreicht ist, ändert sich die Herangehensweise der Therapeutin schrittweise. In der Regel genügen Interventionen und empathische Konfrontation, um das problematische Verhalten zu verändern. Die Entscheidung, mit der Grenzsetzung in der hier beschriebenen

Weise zu verfahren, sollte die Therapeutin erst dann treffen, wenn sie wirklich das Gefühl hat, dass sie die Therapie abbrechen muss, wenn die Patientin sich weigert, ihr Verhalten zu ändern.

Häufige Themen, die die Therapeutin zwingen, Grenzen zu setzen sind:

- ▶ zu viele Anrufe außerhalb der Therapiesitzungen oder auch zu viele versäumte oder abgesagte Therapiesitzungen
- ▶ unrealistische Vorstellungen über die Art der therapeutischen Beziehung, z. B. stalkt die Patientin ihre Therapeutin und dringt in ihr Privatleben ein
- ▶ impulsives oder destruktives Verhalten, z. B. wenn die Patientin die Therapeutin bedroht oder ankündigt, Dinge in den Praxisräumen zu beschädigen, oder droht, sich selbst etwas anzutun oder die Androhung, anderen Personen (insbesondere dem Partner oder den Kindern) etwas anzutun
- ▶ Medikamenten- oder Substanzmissbrauch

Eine detaillierte Auflistung von Beispielen für grenzüberschreitendes Verhalten findet sich in Tabelle 4.1.

Obwohl die Therapeutin an ethische Normen, Regeln und Vorschriften ihrer Institution und an das Gesetz gebunden ist, setzt jede Therapeutin und jeder Therapeut persönlichen Grenzen anders. Eine Therapeutin wird z. B. weniger Hemmungen haben, ihren Arm um die Schulter einer Patientin zu legen als ein Therapeut. Dennoch sind die persönlichen Vorstellungen sehr unterschiedlich. Für den Fall, dass die Therapeutin das Setzen von Grenzen in Betracht zieht, ist die Absprache mit der Supervisions- oder Interventionsgruppe wichtig.

**Selbstreflexion.** Die Mitglieder der Inter- oder Supervisionsgruppe müssen darauf achten, dass die Therapeutinnen ihren Patientinnen nicht zu viel oder zu lange zusätzliche Aufmerksamkeit schenken. Manche Therapeutinnen können aufgrund ihrer Angst, Grenzen zu setzen, oder aufgrund emotionaler Hemmungen zu distanziert und zu wenig fürsorglich sein. Therapeutinnen, die zu distanziert sind, könnten besorgt sein, dass die Patientin anfängt, zu viel zu verlangen und sie die Therapeutin schließlich überfordern. Die Therapeutin könnten auch Angst vor Konflikten haben oder sich unfähig fühlen, Grenzen zu setzen, was ebenfalls zu einer distanzierten Haltung gegenüber der Patientin führen würde, denn diese Distanz ermöglicht es den Therapeutinnen, Situationen zu vermeiden, in denen das Setzen von Grenzen notwendig wäre.

Andererseits gibt es auch Therapeutinnen mit Schemata wie unerbittlicher Ansprüche oder einer Bestrafungsneigung, die zu schnell Grenzen setzen wollen. Ein Großteil des störenden Verhaltens der Patientinnen entstammt einem strafenden oder schützenden Modus und muss von der Therapeutin recht lange geduldet werden, bevor dieses therapeutisch verändert werden kann.

Es ist nicht der Zweck einer Inter- oder Supervisionsgruppe, ihren Mitgliedern ihre Normen und Werte aufzudrängen. Was die eine Therapeutin als Überschreitung ihrer persönlichen Grenzen erlebt, kann für eine andere Therapeutin ganz normal sein. Wichtig ist, dass die Therapeutin nichts tut, was sie selbst überfordert oder was die Patientin überfordert oder ihr schadet. Sie sollte auch nicht mit dem Setzen ernsthafter Grenzen

beginnen, bevor sie mit einer Supervisorin bzw. einem Supervisor oder eine Intervisionsgruppe gesprochen hat.

**Sicherheit.** Der bedeutsamste Grund für das Setzen von Grenzen ist die Sicherheit für Patientin und Therapeutin. Wenn keine Grenzen gezogen werden, wird die Patientin, die während ihrer Kindheit viele Grenzüberschreitungen erdulden musste, fortwährend ihre Grenzen testen. Das kann der Patientin schaden, z. B. wenn die Therapeutin keine Grenzen bezüglich Selbstverletzung setzt. Auch die Therapeutin kann körperlichen und psychischen Schaden nehmen, was die Motivation, die Therapie fortzuführen, stark einschränkt. In der Konsequenz wird die Patientin verlassen und eines ihrer Traumata, für dessen Bewältigung sie nach Hilfe suchte, wiederholt sich innerhalb der Therapie.

Wenn die Beziehung zwischen Therapeutin und Patientin zu eng ist, hat die Therapeutin Hemmungen, die Patientin zu frustrieren. Folglich baut die Patientin keine Frustrationstoleranz auf. Im schlimmsten Fall verwandelt sich die therapeutische Beziehung in eine Freundschaft, die keinen therapeutischen Effekt mehr hat.

Wenn die Therapeutin den Eindruck hat, ihre Grenzen werden überschritten, teilt sie dies der Patientin sofort auf persönliche, nicht-bestrafende Weise mit. Typischerweise hat die Patientin nicht bemerkt, dass die Therapeutin mit ihrem Verhalten Probleme hat. Die Patientin hat ein ähnliches Verständnis wie ein Neugeborenes, das auch noch nicht weiß, was seine Eltern ihm erlauben oder nicht erlauben werden. Nachdem die Therapeutin der Patientin die Situation erklärt hat, gibt sie ihr die Gelegenheit, ihr Verhalten zu ändern. Meist genügt diese Art der Grenzsetzung, um weiteren Grenzüberschreitungen vorzubeugen.

### ■ Beispiel • Dialog zum Setzen von Grenzen

Nora (N) trinkt zu viel Alkohol und manchmal trinkt sie sogar, bevor sie zu den Sitzungen kommt. Das Alkoholproblem verschlimmert die Dinge auch außerhalb der Sitzung. Zu Beginn der Therapie hat die Therapeutin dieses Problem ausführlich besprochen und gemeinsam haben sie entdeckt, dass das Trinken ein Teil des distanzierten Selbstschutzmodus ist, weil es ihre Gefühle betäubt. Sie hat das Trinken zwar für ein paar Monate zu einem gewissen Grad reduziert, aber dann fing sie erneut damit an.

Die Therapeutin versucht, die Patientin im distanzierten Selbstschutzmodus davon zu überzeugen, wieder mit dem Trinken aufzuhören, indem sie die Zwei-Stühle-Technik und Imaginationsübungen anwendet, um den strafenden Elternmodus zu bekämpfen, der das Bedürfnis nach dem Schutzmodus verstärkt. Aber was auch immer die Therapeutin versucht, Nora hört nicht auf zu trinken. Die Therapeutin fühlt sich machtlos, etwas dagegen zu tun, und sie kann mit der Therapie nicht fortfahren, wenn Nora nicht aufhört, Alkohol missbräuchlich zu konsumieren.