



Leseprobe aus Faßbinder, Schweiger und Jacob, Therapie-Tools Schematherapie,  
ISBN 978-3-621-28359-5 © 2016 Beltz Verlag, Weinheim Basel  
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28359-5>

# Inhalt

Vorwort	8
<b>1 Einführung in die Schematherapie</b>	<b>11</b>
1.1 Maladaptive Schemata	11
1.2 Schema-Coping	11
1.3 Das Schema-Modus-Konzept	12
1.4 Fallkonzeptualisierung nach dem Modus-Konzept	12
1.5 Therapeutische Interventionen	13
<b>2 Psychoedukation</b>	<b>16</b>
2.1 Einführung	16
2.2 Erklärungen zu den Arbeitsmaterialien dieses Kapitels	16
2.2.1 Allgemeine Materialien zur Psychoedukation	17
2.2.2 Störungsspezifische Materialien zur Psychoedukation	17
<b>3 Modi bewusst wahrnehmen</b>	<b>85</b>
3.1 Einführung	85
3.2 Erklärungen zu den Arbeitsmaterialien dieses Kapitels	85
<b>4 Sicherheit herstellen</b>	<b>96</b>
4.1 Einführung	96
4.2 Erklärungen zu den Arbeitsmaterialien dieses Kapitels	96
<b>5 Die problematischen Kindmodi</b>	<b>111</b>
5.1 Einführung	111
5.2 Erklärungen zu den Arbeitsmaterialien dieses Kapitels	111
5.2.1 Allgemeiner Teil zu den problematischen Kindmodi	111
5.2.2 Die verletzlichen, traurigen Kindmodi	111
5.2.3 Die ärgerlichen, wütenden Kindmodi	112
5.2.4 Die impulsiven, undisziplinierten Kindmodi	113
<b>6 Die problematischen Elternmodi</b>	<b>158</b>
6.1 Einführung	158
6.2 Erklärungen zu den Arbeitsmaterialien dieses Kapitels	158
6.2.1 Allgemeiner Teil zu den problematischen Elternmodi	158
6.2.2 Der strafende Modus	159

6.2.3	Der leistungsfordernde Modus	159
6.2.4	Der emotional fordernde Modus	159
<b>7</b>	<b>Die problematischen Bewältigungsmodi</b>	187
7.1	Einführung	187
7.2	Erklärungen zu den Arbeitsmaterialien dieses Kapitels	187
7.2.1	Allgemeiner Teil zu allen Bewältigungsmodi	187
7.2.2	Spezieller Teil zu einzelnen Bewältigungsmodi	188
<b>8</b>	<b>Der Modus des fröhlichen Kindes</b>	221
8.1	Einführung	221
8.2	Erklärungen zu den Arbeitsmaterialien dieses Kapitels	221
<b>9</b>	<b>Der Modus des gesunden Erwachsenen</b>	231
9.1	Einführung	231
9.2	Erklärungen zu den Arbeitsmaterialien dieses Kapitels	231
	Übersicht Arbeitsblätter	253
	Übersicht Informationsblätter	255
	Hinweise zum Arbeitsmaterial	257
	Literatur	258

## Vorwort





Die Verbreitung der Schematherapie hat in den letzten Jahren international große Fortschritte gemacht. Auch im deutschsprachigen Raum sind zahlreiche Artikel und Bücher zur Theorie und praktischen Durchführung der Schematherapie erschienen. Nach den grundlegenden Büchern von Young und Kollegen (Young et al. 2005, Young & Klosko, 2008), die den ursprünglichen Schema-Ansatz vorstellen, wird in neueren Büchern insbesondere die Arbeit mit dem Schema-Modus-Modell dargestellt (Arntz & van Genderen, 2010, Jacob & Arntz, 2015, Jacob et al., 2011). Das Modusmodell stellt die häufig sehr komplexen Probleme von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen oder anderen chronischen Problemen klar dar und wird nach unserer Erfahrung sowohl von Therapeuten als auch von Patienten schnell gut verstanden. Dieses Buch lehnt sich inhaltlich an das Therapeutenbuch von Jacob und Arntz (2015) und das Patientenbuch von Jacob et al. (2011) an und bietet eine große Auswahl an Arbeitsmaterialien, die direkt an Patienten ausgeteilt werden können. Der theoretische Hintergrund der Schematherapie wird für Therapeuten und Patienten verständlich erklärt. Anhand der Arbeitsblätter finden Therapeuten viele konkrete Vorschläge zur praktischen Umsetzung der Schematherapie.

Das Buch beginnt mit einem Kapitel zur Einführung in die Schematherapie. Unser Ziel war es, den Großteil dieses Bandes sowohl für Therapeuten als auch Patienten verständlich zu schreiben. Wir haben uns deshalb entschieden, den Theorieteil für Therapeuten knapp zu halten und verweisen hier auf die oben genannten Bücher. Die weiteren Kapitel sind jeweils so aufgebaut, dass zu Beginn eine kurze Einführung und Erklärung zu den Arbeitsmaterialien für Therapeuten erfolgt und sich im Anschluss daran die Arbeitsmaterialien finden. Kapitel 2 (Psychoedukation) bietet zunächst in einem allgemeinen Teil Informationen zu Schemata, Modi und deren Entstehungsbedingungen. Im speziellen Teil werden für jede Persönlichkeitsstörung störungsspezifische Informationen bereitgestellt. Kapitel 3 bietet Arbeitsmaterialien, mit denen Patienten trainieren können, Modi bewusst wahrzunehmen. Kapitel 4 beschäftigt sich mit dem in der Schematherapie so wichtigen Aspekt der zwischenmenschlichen Sicherheit. Im Anschluss finden sich Kapitel für jede Modusgruppe (problematische Kindmodi, problematische Elternmodi, problematische Bewältigungsmodi, Modus des fröhlichen Kindes und Modus des gesunden Erwachsenen).

Die Schematherapie versteht sich als transdiagnostische Methode – so haben wir auch in diesem Buch eine große Bandbreite an Materialien für verschiedene Störungen und Modi zusammengestellt. Es ist Aufgabe des Therapeuten, die für den Patienten relevanten Arbeitsmaterialien auszuwählen.

Aus Gründen der Einfachheit und Lesbarkeit haben wir bei den Begriffen Therapeut/-in und Patient/-in jeweils die männliche Form gewählt.

Um sich auf den Arbeits- und Informationsblättern direkt zurechtzufinden, sind alle mit verschiedenen Icons ausgestattet. An diesen können Sie sofort erfassen, für wen das Arbeits- oder Informationsblatt gedacht ist und wie die Handhabung erfolgen sollte. Folgende Icons werden Ihnen im Buch begegnen:

-  »Therapeut/in«: Dieses Icon kennzeichnet Arbeits- und Informationsblätter, die nur für den Therapeuten selbst gedacht sind.
-  »Patient/in«: Mit diesem Icon ausgezeichnete Arbeits- oder Informationsblätter werden dem Patienten zur Bearbeitung ausgehändigt.
-  »Ran an den Stift«: Dieses Icon fordert dazu auf, einen Stift zur Hand zu nehmen und Antworten und Überlegungen direkt auf dem Arbeitsblatt zu notieren.
-  »Hier passiert was«: An dieser Stelle werden Handlungsanweisungen für Therapeuten und Patienten gegeben.



»Input fürs Köpfchen«: Hier werden Anregungen zum Weiter- und Ums-Eck-Denken gegeben – auf diese Weise markierte Abschnitte beinhalten Varianten oder Fortführungen der jeweiligen Übung.



»Hier kommt die Maus«: Mit diesem Icon wird deutlich gemacht, welche Arbeitsblätter Sie auch in beispielhaft ausgefüllter Form in den Online-Zusatzmaterialien finden.

Dieses Buch entstand aus einer Kooperation der Arbeitsgruppen Schematherapie der Universitäten Freiburg und Lübeck. Wir freuen uns sehr über die gute Zusammenarbeit und möchten uns an dieser Stelle auch bei unseren Kollegen für die engagierte Arbeit bedanken. Ganz besonderer Dank gebührt auch Arnoud Arntz, David Bernstein, Hannie van Genderen, Joan Farrell und Ida Shaw, die uns in Schematherapie ausgebildet und für diese Methode begeistert haben. Valerija Sipos, Niclas Wedemeyer, Karen Eickhoff, Christine Zens und Gerhard Zarbock begleiten uns seit Jahren mit supervisorischem Input und hilfreichen kollegialen Diskussionen, dafür herzlichen Dank. Wir danken außerdem dem Beltz Verlag, insbesondere Frau Andrea Schrameyer und Frau Dr. Svenja Wahl, die uns in allen Belangen sehr effektiv unterstützt haben. Einen sehr herzlichen Dank möchten wir unseren Patienten und Patientinnen aussprechen, die uns immer wieder zu neuen Ideen inspirieren und unsere Arbeit so besonders machen. Zum Abschluss ist es uns ganz besonders wichtig, unseren Familien, Partnern und Freunden ein großes »Danke-schön« für ihre immerwährende Unterstützung, Geduld und Toleranz auszusprechen.

Wir wünschen allen Lesern viel Freude bei der Arbeit mit diesem Buch und hoffen, dass Sie viele Anregungen für die Praxis finden.

Lübeck und Freiburg, im Sommer 2011

*Eva Faßbinder  
Ulrich Schweiger  
Gitta Jacob*

# 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).

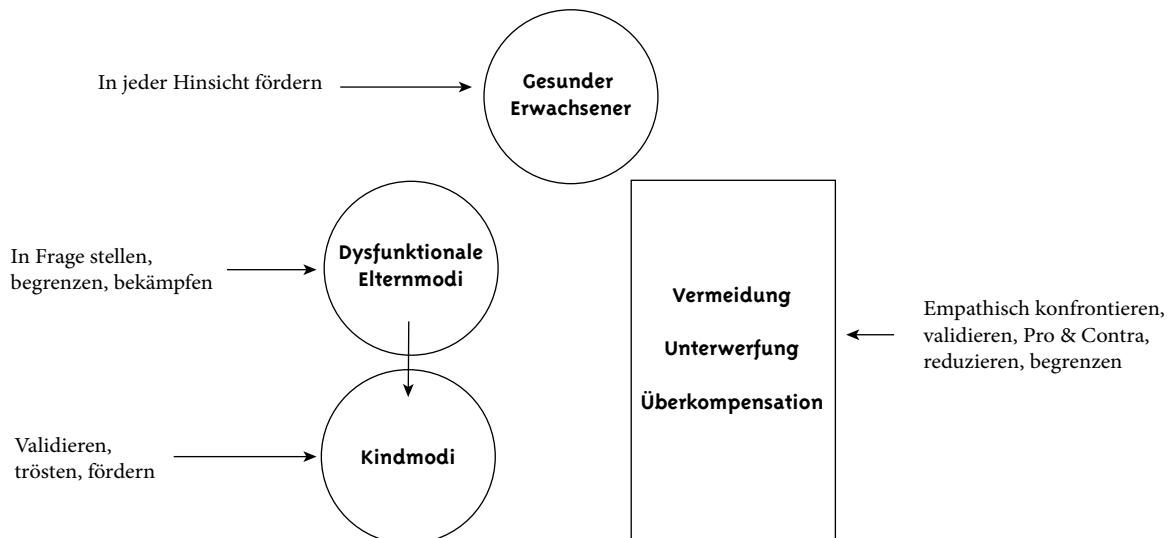
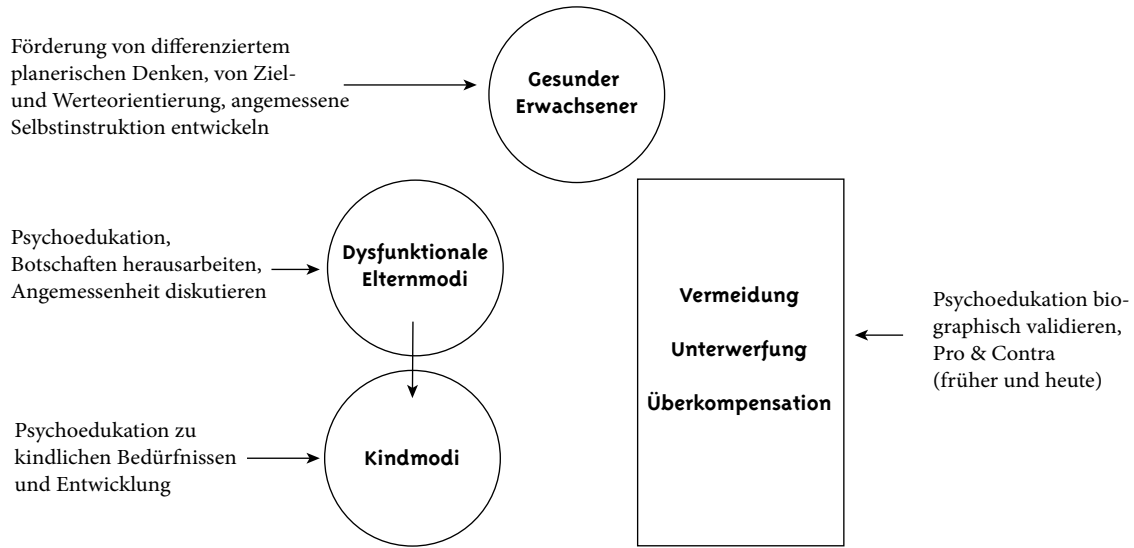


Abbildung 1.1 Interventionen – Übersicht

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).

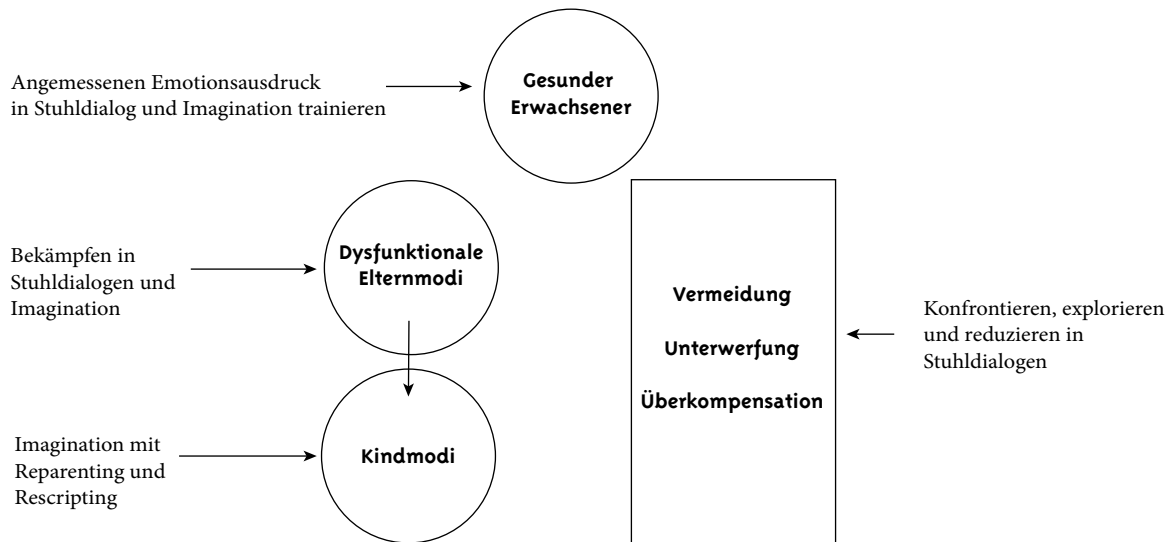
**Kognitive Techniken.** Kognitive Techniken werden zur Psychoedukation des Patienten über seine Schemata und Modi sowie ihre Entstehungsbedingungen eingesetzt. Auch die Informationsvermittlung zu Grundbedürfnissen von Kindern und Emotionen spielt eine wichtige Rolle. Dysfunktionale Überzeugungen des 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.

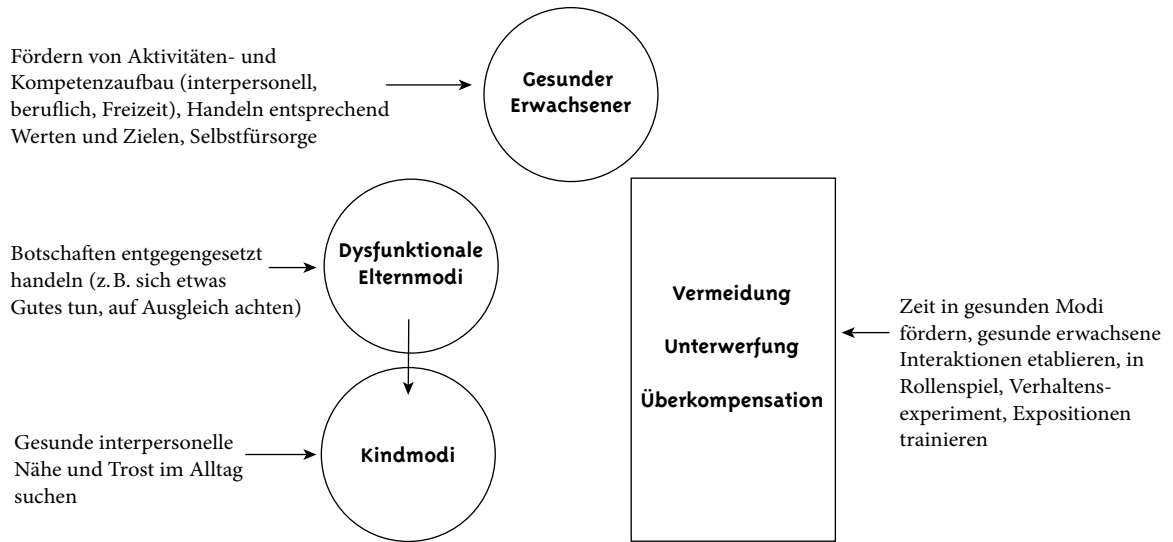


Abbildung 1.4 Behaviorale Techniken

**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).

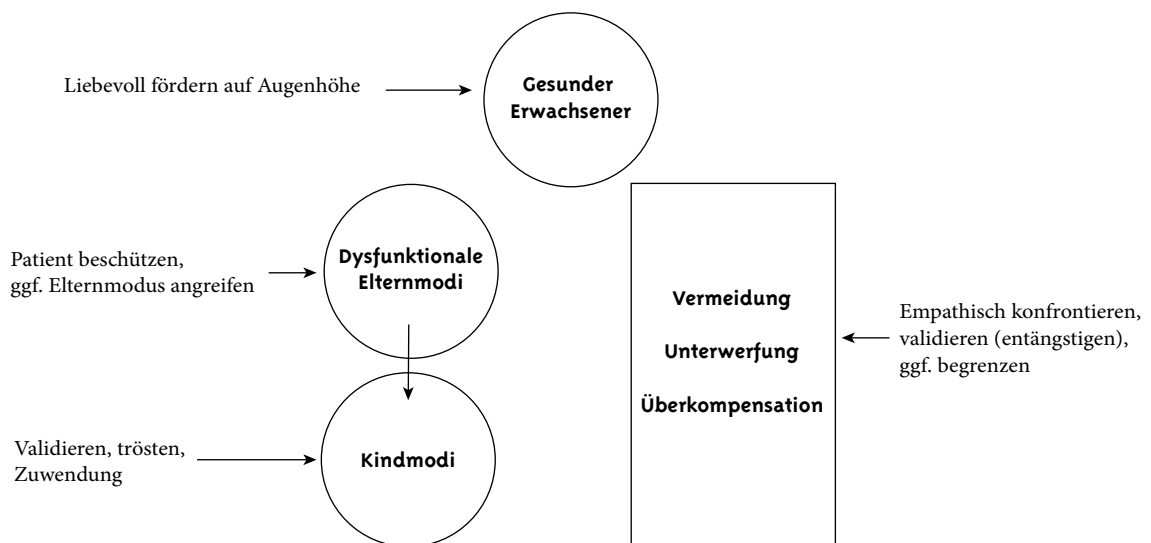


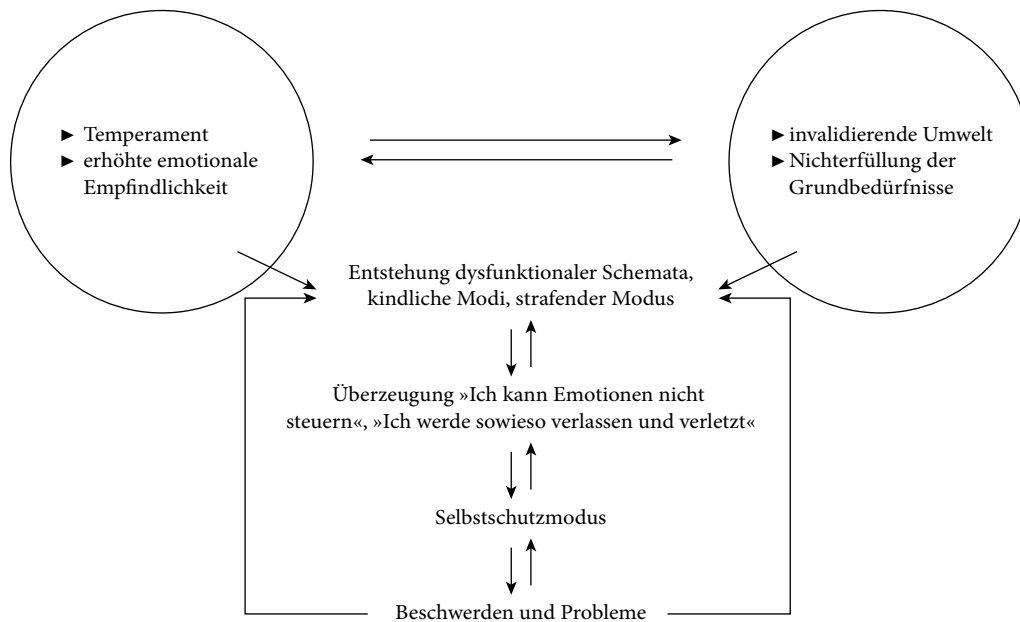
Abbildung 1.5 Therapiebeziehung »limited reparenting«

## 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



**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?

.....

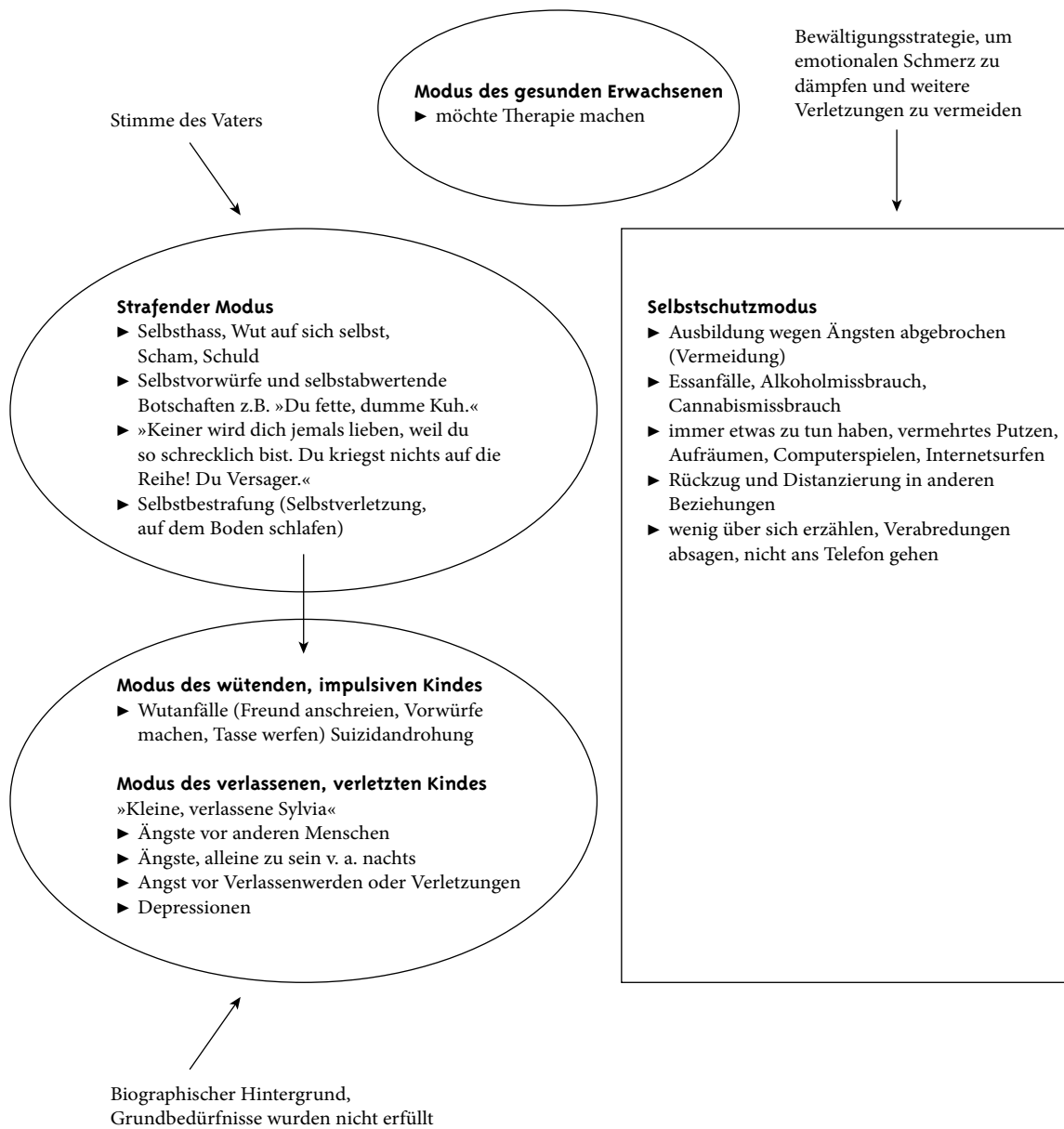
.....



**Borderline-Persönlichkeitsstörung: Achtsamkeit für Modi trainieren**

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.