



Farrell • Shaw

Schematherapie in Gruppen

Therapiemanual für die
Borderline-Persönlichkeitsstörung



BELTZ

Leseprobe aus: Farrell • Shaw, Schematherapie in Gruppen, ISBN 978-3-621-28035-8
© 2013 Beltz Verlag, Weinheim Basel
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28035-8>

2 Das Konzept der Gruppenschematherapie (GST)

Das in diesem Buch vorgestellte Modell der Gruppenschematherapie (GST) stimmt bezüglich seiner Theorie, der Behandlung und dem Behandlungszielen mit dem Modell für Einzelschematherapie (ST) von Young, Klosko und Weishaar (2003) und Arntz und van Genderen (2009) überein. Letzteres lag der erfolgreichen Behandlungsstudie in den Niederlanden (Giesen-Bloo et al., 2006) zugrunde. Das Konzept der Schematherapie für Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPD) wird im Folgenden kurz zusammengefasst. Der Leser wird für vertiefte Ausführungen hinsichtlich des individuellen Schematherapiemodells und seiner Anwendung auf die entsprechenden Publikationen verwiesen.

Schematherapie ist ein integrativer Behandlungsansatz mit Wurzeln in der Kognitiven Therapie (KT), der Lerntheorie und den Forschungsergebnissen der Entwicklungspsychologie. Sie entwickelte sich aus den Bemühungen von Young und Mitarbeitern, Patienten mit Persönlichkeitsstörungen effektiver behandeln zu können, insbesondere diejenigen, die entweder auf traditionelle kognitiv-therapeutische Maßnahmen nicht ansprachen oder wiederholte Rückfälle erlitten. Ihrem Namen entsprechend liegt der Fokus der Schematherapie auf der Ebene der sogenannten *Schemata*.

Die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen mit Schematherapie erfordert einen Wechsel der Betrachtungsweise weg von den alltäglichen Geschehnissen hin zu den lebenslangen Mustern. Schematherapie ist ein strukturierter und systematischer Ansatz. Schematherapeutische Konzepte überschneiden sich zum Teil mit Konzepten der Kognitiven Therapie, psychodynamischen Therapie, Objektbeziehungstheorie und der Gestalttherapie, aber sie unterscheiden sich auch in wesentlichen Aspekten und sind deshalb mit keinem anderen Konzept vergleichbar. Die Ziele der Schematherapie gehen über die Vermittlung verhaltensorientierter Fertigkeiten hinaus und beinhalten eine grundlegende Veränderung der Persönlichkeit. Diese Veränderung wird so konzeptualisiert, dass die Intensität der sogenannten maladaptiven Schemata reduziert wird, die entweder über- oder unterregulierte Emotionen und Verhaltenszustände auslösen, die man in der Schematherapie als sogenannte Modi bezeichnet. Wenn diese intensiven Zustände ausgelöst werden, verhindern sie beim Patienten die Anwendung angemessener Bewältigungs- oder interpersoneller Fertigkeiten, die es den Patienten wiederum ermöglichen würden, ihre Möglichkeiten wahrzunehmen und ihre Lebensqualität dadurch zu verbessern.

2.1 Das schematherapeutische Modell der Entstehung einer BPS

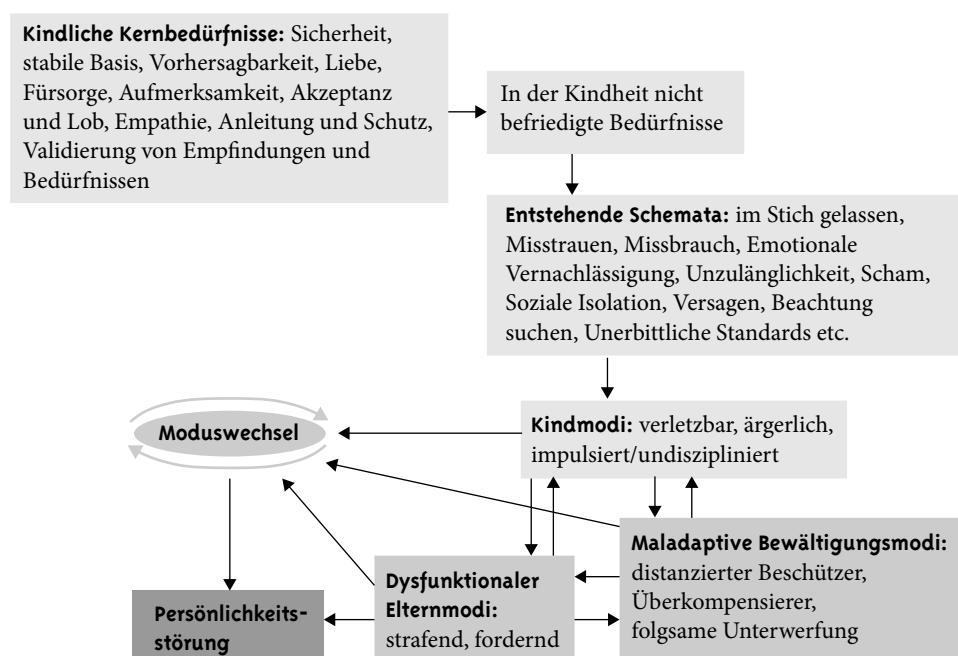


Abbildung 2.1 Entstehung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung aus Sicht der Schematherapie

Abbildung 2.1 fasst das Modell der Entstehung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung aus Sicht der Schematherapie zusammen. Wenn normale, gesunde und entwicklungsangemessene Bedürfnisse während der Kindheit nicht befriedigt werden, bilden sich maladaptive Schemata. Maladaptive Schemata sind psychologische Konstrukte, die Glaubenssätze beinhalten, die wir über uns selbst, die Welt und andere Menschen haben, wobei diese aus dem Wechselspiel von nicht befriedigten kindlichen Kernbedürfnissen, dem angeborenen Temperament und der Qualität der frühen Umgebung resultieren. Sie bestehen aus Erinnerungen, Körperempfindungen, Emotionen und Kognitionen, die in der Kindheit entstehen und sich während der gesamten Lebenszeit eines Menschen ausformen. In der Kindheit haben sie oft eine adaptive Rolle (z. B. im Sinne einer Überlebensmöglichkeit in einer Missbrauchssituation – es kann für ein Kind mehr Hoffnung beinhalten, wenn es davon ausgeht, dass es selbst fehlerhaft und schlecht ist, als wenn es annehmen muss, dass der Erwachsene fehlerhaft und schlecht ist). Wird das Erwachsenenalter erreicht, sind diese maladaptiven Schemata aber unzutreffend, dysfunktional und einschränkend, obwohl der Patient noch immer stark an ihnen festhält. Ihr Vorliegen ist der Person meist nicht bewusst. 18 sogenannte frühe maladaptive Schemata (EMS, *early maladaptive schemas*) wurden bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen gefunden (Young, 1990; Young et al., 2003).

Die ursprünglichen 15 Schemata lassen sich vier Bereichen zuordnen:

- (1) Trennung und Zurückweisung,
- (2) Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung,
- (3) Beeinträchtigungen im Umgang mit Grenzen,
- (4) überzogene Erwartungen.

Die drei Schemata, die später hinzugekommen sind – Negativität, Strafneigung und Beachtung suchend – sind in die Tabelle nicht aufgenommen worden, da bis heute noch keine empirische Bestätigung für ihre Existenz als separate Faktoren besteht.

Tabelle 2.1 Schemata nach Bereichen

Trennung und Zurückweisung (Zugehörigkeit und Akzeptanz) <ul style="list-style-type: none">► Misstrauen/Missbrauch► Emotionale Vernachlässigung► Unzulänglichkeit/Scham► Soziale Isolation/Entfremdung► Emotionale Gehemmtheit	Beschädigte Autonomie und Leistung (Autonomie und Leistung) <ul style="list-style-type: none">► Dependenz/Inkompetenz► Verletzbarkeit/Anfälligkeit für Schädigung und Krankheit► Verstrickung/unentwickeltes Selbst► Verlassen werden/Instabilität► Unterwerfung► Versagen
Beschädigte Grenzen (Angemessene Grenzen) <ul style="list-style-type: none">► Besonders sein► Unzureichende Selbstkontrolle	Übertriebene Ansprüche (Realistische Ansprüche) <ul style="list-style-type: none">► Selbstaufopferung► Unerbittliche Standards

Werden maladaptive Schema ausgelöst, kommt es zu intensiven Zuständen, die man in der Schematherapie als *Schemamodi* bezeichnet. Als Schemamodus wird ein gegenwärtiger, emotionaler, kognitiver und behavioraler Zustand beschrieben, in dem sich eine Person befindet (*nach Berbalk und Kempkensteffen bezeichnet man dies in Deutschland auch als personalen Gesamtzustand*). Dysfunktionale Modi treten am häufigsten dann auf, wenn mehrere maladaptive Schemata zugleich ausgelöst werden. Es lassen sich vier grundlegende Kategorien der Modi definieren (Tab. 2.2).

Tabelle 2.2 Schemamodi, ihre Rolle in der BPS und ihre Verbindung zu BPS-Symptomen

Modus-Kategorien	Rolle in der BPS	Damit verbundene Symptome der BPS
Kindmodi <i>Verletzliches Kind:</i> wird von starken Emotionen, Schmerzen und Angst überwältigt; dies führt zu Wechsel in maladaptive Bewältigungsmodi (Symptome der BPS)	Ausgeprägte unangenehme Gefühle – emotionaler Schmerz und Ängste führen zum Wechsel in maladaptive Bewältigungsmodi (BPS-Symptome).	► Angst vor Zurückweisung, begründet oder in der Vorstellung

Tabelle 2.2 (Fortsetzung)

Modus-Kategorien	Rolle in der BPS	Damit verbundene Symptome der BPS
<i>Wütendes Kind</i> : leitet Wut zu direkter Reaktion auf unbefriedigte Grundbedürfnisse oder ungerechte Behandlung um	Führt zu Problemen mit anderen, da nicht der Auslöser der Wut dargestellt wird, sondern ein unangemessenes Verhalten.	<ul style="list-style-type: none">▶ starke, unangemessene Wut▶ hitzige Beziehungen▶ emotionale Reaktionen
<i>impulsives Kind</i> : reagiert impulsiv auf plötzlichen Drang nach Spaß, ohne Rücksicht auf Grenzen oder die Bedürfnisse anderer (keine Verbindung zu Grundbedürfnissen)	Führt zu zwischenmenschlichen und auch gesetzlichen Problemen. Handlungen sind häufig (potenziell) selbstzerstörerisch.	<ul style="list-style-type: none">▶ Schwierigkeiten, Wut zu kontrollieren▶ Selbstverletzung▶ potenziell selbstzerstörerisches Verhalten▶ instabile Selbstwahrnehmung
Maladaptive Bewältigungsmodi		
<i>Vermeidung</i> : schiebt andere von sich weg, bricht Verbindungen ab, zieht sich emotional zurück, isoliert sich, vermeidet	Häufigster Bewältigungsmodus. Bewegt sich in einem Kontinuum zwischen »wie weggetreten sein« und ernsthafter Dissoziation oder physischem Rückzug. Kann auch eine Form annehmen, in der andere über wütende Reaktionen abgewiesen werden.	<ul style="list-style-type: none">▶ Leere▶ Dissoziation▶ instabile Identität
<i>Überkompensation</i> : Bewältigungsstile »Gegenangriff und Kontrolle«. Manchmal halbwegs lernfähig.	Häufig im Modus des Schikanierens und Angreifens (<i>Bully and Attack</i>).	<ul style="list-style-type: none">▶ starke, unangemessene Wut▶ Schwierigkeiten, Wut zu kontrollieren
<i>Erdulden</i> : Folgsamkeit und Abhängigkeit – stellt eigene Bedürfnisse zurück, möchte es allen recht machen	Wird häufig übersehen und kann schnell in Überkompensationsmodus münden.	<ul style="list-style-type: none">▶ instabile Selbstwahrnehmung▶ Leere
Dysfunktionale Elternmodi		
<i>Strafend</i> : verbietet, kritisiert und bestraft sich selbst und andere	Sehr häufig, kann zu Selbstverletzung oder Suizidversuchen führen.	<ul style="list-style-type: none">▶ Suizidandeutungen oder -versuche
<i>Fordernd</i> : hat hohe Erwartungen und ein hohes Maß an Verantwortlichkeit, übt auf sich selbst und andere Druck aus, um etwas zu erreichen	Ebenfalls recht häufig, fühlt sich unvollkommen, instabile Selbstwahrnehmung.	<ul style="list-style-type: none">▶ Suizidandeutungen oder -versuche▶ instabile Selbstwahrnehmung

Tabelle 2.2 (Fortsetzung)

Modus-Kategorien	Rolle in der BPS	Damit verbundene Symptome der BPS
Gesunde Modi		
<i>Gesunder Erwachsener:</i> kann Bedürfnisse auf gesunde Weise befriedigen	Unausgereift	► instabile Identität ► Leere
<i>Glückliches Kind:</i> fühlt sich geliebt, gut gebunden und zufrieden	Meist nicht vorhanden	► instabile Identität ► Leere
Moduswechsel		
Häufig, anstrengend, fühlt sich »verrückt« und verwirrt sich und andere	Erklärt Instabilität in Affekt, Verhalten, Beziehungen, Identität; vorübergehende Psychosen	► emotionale Reaktionen ► instabile Identität ► in der Belastung begründete psychotische Zustände

Kindmodi

Die primären Kindmodi (verletzliches Kind, wütendes Kind, impulsives Kind) entwickeln sich, wenn grundlegende emotionale Bedürfnisse in der Kindheit (wie Sicherheit, Versorgung oder Autonomie) nicht angemessen erfüllt werden. Diese Kindmodi werden durch intensive Gefühle wie Furcht, Hilflosigkeit oder Zorn definiert und beinhalten auch die dispositionalen Reaktionsmöglichkeiten eines Kindes.

Elternmodi

Dysfunktionale Elternmodi (strafender Elternteil oder fordernder Elternteil) bilden die zweite Kategorie der Modi. Dysfunktionale Elternmodi reflektieren die Internalisierung der negativen Aspekte wichtiger Bindungsfiguren (Eltern, Lehrer oder Peers während der Kindheit oder Adoleszenz). Die Bezeichnung dieser Modi als »Eltern« beabsichtigt nicht, dass man die Eltern für die Symptome der Borderline-Störung verantwortlich macht. Die Eltern haben ihre eigene Problematik hinsichtlich der Schemata und Modi und dürften selbst Defizite in der Fürsorge ihrer Eltern erfahren haben, woraus dann in Folge eine eingeschränkte Fähigkeit zur Elternschaft gegenüber den eigenen Kindern resultierte.

Exkurs

Nach einer Übersichtsarbeit von Zanarini und Frankenburg (2007) weisen Studien eine hohe Rate von sexuellem Missbrauch (40–70 %, abhängig von der jeweiligen Studie) bei Borderline-Betroffenen nach. Hermann und Kollegen (1989) fanden heraus, dass 81 Prozent der Patienten mit einer Borderline-Diagnose entweder körperlichen, sexuellen oder emotionalen Missbrauch in der Kindheit durch eine bedeutsame Bezugsperson berichteten. Lobbestael et al. (2005) und Arntz et al.

(2005) untersuchten ebenfalls die empirische Beziehung zwischen Schemamodi und sexuellen Missbrauch in der Kindheit. Eine Verbindung von Temperament und dem Umfeld in der Kindheit führen zur Ausbildung der typischen Modi bei Patienten mit Borderline-Störung.

Anders als das herkömmliche Diathese-Stress-Modell, das in den meisten therapeutischen Ansätzen (z. B. Dialektisch-Behaviorale Therapie, DBT) verwendet wird, in dem der Stress auf eine besondere temperamentsbedingte Vulnerabilität trifft, geht die Schematherapie davon aus, dass eine ausgeprägte interpersonelle und emotionale Sensibilität vorliegt, die sich je nach Umwelteinfluss positiv oder eben sehr negativ für den Betroffenen auswirken kann. Dieses Modell geht also davon aus, dass Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung Eigenschaften (wie zum Beispiel eine hohe Empfindsamkeit und Reaktivität hinsichtlich ihrer Umgebung) haben, die zu nachteiligen Entwicklungen führen können, wenn diese Patienten einem schädlichen oder wenig einfühlsamen Elternverhalten ausgesetzt sind. Diese Temperamenteigenschaften können aber auch außerordentlich positive Konsequenzen haben, wenn die Eltern in einem hohen Ausmaß einführend reagieren und angemessen versorgen können. Es wird somit angenommen, dass eine unsichere oder fehlende Bindung die Ursache für die emotionale Dysregulation bei der Borderline-Störung ist. Wenn ein Patient in einem dysfunktionalen Elternmodus ist, erlebt er Selbstherabsetzung, Selbsthass oder setzt sich selbst unter extremen Druck. Diese Empfindungen können auch nach außen auf andere hin gerichtet werden. Die Person in einem strafenden Elternmodus ist anderen gegenüber strafend oder herabwertend, dies entweder als Ersatz für Selbstbestrafung oder -abwertung oder aber zusätzlich dazu.

Bewältigungsmodi

Dysfunktionale Bewältigungsstile stellen eine dritte Kategorie der Modi dar und sind durch den übermäßigen Gebrauch von Copingmechanismen (Kampf/Überkompensation, Flucht/Vermeidung oder Erstarren/Unterwerfung/Erdulden) gekennzeichnet. Alle Bewältigungsmodi haben als Ziel den Schutz des verletzlichen Kindmodus vor weiterem Schmerz oder weiterer Angst. Vor oder noch bei Beginn der Therapie werden sie ohne bewusste Wahrnehmung aktiviert. Das Konzept der dysfunktionalen Bewältigungsmodi beinhaltet auch das Konzept der Abwehrmechanismen, das bisher in der Kognitiven Therapie fehlte. Es ermöglicht aber ein besseres Verständnis der Persönlichkeitsstörung.

- ▶ Der Bewältigungsstil der **Überkompensation** enthält Modi, in denen sich eine Person entgegengesetzt zu dem Schema verhält, welches gerade ausgelöst worden ist. Ein Beispiel hierfür ist der Modus des Schikanierens und Angreifens (Angreifermodus, Bully and Attack) für eine wahrgenommene (und befürchtete) Verletzung.
- ▶ Der Bewältigungsstil der **Vermeidung** enthält den Modus des distanzierten Beschützers. Er ist ein Hauptkennzeichen der Borderline-Persönlichkeitsstörung, das sich über Zustände erstreckt, die als benebelt oder benommen beschreibbar sind,

darüber, kurzfristig den Faden in einem Gespräch zu verlieren bis hin zu schwerwiegenden Dissoziationen. Typischerweise beginnen Borderline-Patienten die Therapie im Modus des distanzierten Beschützers, der beabsichtigt, das verletzliche Kind vor überwältigenden oder schmerzlichen Empfindungen zu schützen.

- **Unterwerfung** (Erdulden) ist der dritte Bewältigungsstil und äußert sich darin, sich in ein Schema hineinzufügen oder einem Schema gegenüber aufzugeben. Wenn beispielsweise das Schema *Unzulänglichkeit* ausgelöst wird, wäre eine Antwort im Sinne der Unterwerfung zu akzeptieren, dass man selbst unzulänglich ist und sich in Folge auch entsprechend zu verhalten, indem man keine Herausforderung annimmt und alles dafür tut, dass man nicht als inkompotent bloßgestellt wird.

Gesunde Modi

In der vierten Kategorie, den gesunden Modi, sind der Modus des gesunden Erwachsenen und der glückliche Kindmodus zu finden. Der gesunde Erwachsenenmodus beinhaltet funktionale Gedanken und ausbalancierte Verhaltensweisen und der Modus des glücklichen Kindes ist eine Quelle für spielerische und freudige Aktivitäten, insbesondere gemeinsam mit anderen. Die gesunden Modi sind bei Borderline-Patienten deutlich unterentwickelt.

Modi werden durch Ereignisse ausgelöst, die die Patienten als hochemotional erleben. Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen wie der Borderline-Störung wechseln oft abrupt von einem Modus in den anderen. Dies führt dann zu spontanen Veränderungen im Verhalten bzw. anscheinend unangemessenen Reaktionen, die Grund sind für zwischenmenschliche Schwierigkeiten. Die Schemamodi für Borderline-Patienten, die von Young et al. (2003) vermutet wurden, konnten durch die Arbeit von Lobbstaedt et al. (2008) auch empirisch bestätigt werden.

Die DSM-4-TR-Kriterien bzw. charakteristischen Symptome für die Borderline-Persönlichkeitsstörung können auch hinsichtlich der Schemamodi verstanden werden, wie sie bei BPS vorliegen. Tabelle 2.2 zeigt diese Verbindungen. Man kann den Zusammenhang zwischen den diagnostischen Kriterien und den Modi wie folgt zusammenfassen: Verlassenheitsängste kennzeichnen den emotionalen Zustand des verletzlichen Kindmodus. Intensiver Ärger, der manchmal auch durch unkontrollierte Wutausbrüche begleitet wird, geschieht im Rahmen der Modi des wütenden Kindes oder des impulsiven Kindes. Der impulsiven Kindmodus fördert Verhaltensweisen, die potenziell selbstschädigend sind, und stellt so eine Quelle des selbstverletzenden Verhaltens dar. Die dysfunktionalen Elternmodi (strafend oder fordernd) sind eine weitere Quelle des selbstverletzenden Verhaltens, indem ihre Forderung erfüllt werden muss, dass das Kind bestraft wird oder ein Versager ist. Patienten mit schwerer Borderline-Störung erleben die Elternmodi sogar als »Stimmen«, die ihnen befehlen, sich selbst zu bestrafen. Elternmodi zerstören im Patienten jegliche Hoffnung, stürzen ihn mit ihren Entwertungen so ins Elend, dass es sogar zu Suizidversuchen kommen kann. Auch der Modus des distanzierten Beschützers kann Ursache von selbstverletzendem Verhalten sein, insbesondere dem Schneiden oder Verbrennen der Haut,

dann aber, um überhaupt noch etwas zu fühlen. Dieser Modus erklärt auch die Borderline-Symptome des instabilen Identitäts- und Selbstgefühls und der Leere, die als untragbar empfunden werden und zu Suizidversuchen führen können. Von den eigenen Gefühlen abgeschnitten zu sein, bringt einen essenziellen Bestandteil der Identität – also das, was einen Menschen im Grunde ausmacht – aus dem Gleichgewicht. Auch Impulsivität trägt zu dem instabilen Selbstbild der Borderline-Patienten bei: Sie erleben sich selbst als zersplittert und unberechenbar.

Die vorübergehenden stressbezogenen psychotischen Erfahrungen (meistens von paranoider Färbung) oder auch die schwerwiegenden Dissoziationen der Borderline-Patienten, die zu den DSM-4-TR-Kriterien der BPS-Diagnose gehören, haben aus der Sicht der Schematherapie mit den Moduswechseln zu tun. Diese erklären auch einen Teil der Borderline-typischen emotionalen Überreaktionen und damit natürlich auch die häufig instabilen Beziehungen der Patienten.

All diese Symptome der Borderline-Störung werden den Patienten mit Hilfe des Modus-Modells verständlich gemacht, das auch die Schwerpunkte der psychotherapeutischen Interventionen erkennen lässt. Denn, wie in Kapitel 7 ausführlicher dargestellt wird, der jeweilige Modus eines Patienten bestimmt, welche therapeutische Vorgehensweise erforderlich ist. So erfordern Kindmodi Validierung, Fürsorge und Unterstützung, wütende und impulsive Modi hingegen empathische Konfrontation und Grenzsetzung. Gleichzeitig müssen Wege gefunden werden, wie die zugrunde liegenden Bedürfnisse besser als bisher befriedigt werden können. Unter empathischer Konfrontation versteht man die Herangehensweise an frühe maladaptive Schemata und dysfunktionales Modusverhalten. Der Therapeut zeigt also einerseits Empathie für den Entwicklungshintergrund der Schemata und Modi, konfrontiert aber andererseits den Patienten mit dem Hinweis, dass sich diese Verhaltensweisen, will er wirklich gesund werden, ändern müssen. Die empathische Konfrontation ist jedoch nur dann effektiv, wenn der Patient sich im Rahmen der begrenzten elterlichen Fürsorge (*limited reparenting*) mit dem Therapeuten verbunden fühlt. Bewältigungsmodi müssen identifiziert und dahingehend bewertet werden, ob die Resultate, die sie produzieren, auch wirklich die zugrunde liegenden Bedürfnisse des Patienten erfüllen können. Elternmodi müssen ebenfalls aufgedeckt und separat vom eigenen Selbst des Patienten verstanden werden. Ihre falschen Botschaften müssen infrage gestellt werden und auf ein realistisches Ausmaß hin verändert werden. Gesunde Modi (der gesunde Erwachsene und das glückliche Kind) sind Gegenmittel zu den maladaptiven und dysfunktionalen Modi. Die Kompetenz des Patienten wird validiert und er wird zu Spiel und spielerischem Ausdruck ermutigt. Spiel und der Modus des glücklichen Kindes sind zentrale Elemente innerhalb der Schematherapie, da Borderline-Patienten in der Vergangenheit häufig keine Möglichkeit hatten, zu spielen und ihre Umgebung zu erkunden (z. B. um festzustellen, welche Erfahrungen man mag und welche nicht) und daher auch nicht lernen konnten, wie man Beziehungen spielerisch aufbaut.

Sowohl für die Therapeut-Patient-Beziehung als auch für die therapeutische Intervention ist es vor allem wichtig, sich auf den aktuellen Modus des Patienten einzustellen. Hier ist die Fähigkeit des Therapeuten gefragt, auf einer tiefen Ebene zu

verstehen, wo der Patient und die Therapie selbst sich gerade befinden. Im Gruppensetting ist diese Abstimmung (*matching*) eine größere Herausforderung, da sich der Therapeut auf mehr als einen Patienten ein- und abzustimmen hat. Wir sehen dies als Kernaufgabe des Therapeuten. Auch aus diesem Grund empfehlen wir bei BPS-Therapiegruppen, zwei Therapeuten einzusetzen: Ein Therapeut kann sich auf die Gruppe als Ganzes beziehen, auf deren Modi, den Prozess sowie die Beteiligung am gegenwärtigen therapeutischen Prozess, während der andere Therapeut sich auf einzelne Patienten konzentriert. Dieses Ko-Therapeuten-Modell wird in Kapitel 4 näher dargestellt.

2.2 Die Ziele der Gruppenschematherapie

Young fasst die Hauptziele der schematherapeutischen Behandlung wie folgt zusammen: Schematherapie hilft dem Patienten, über die Veränderung der Schemata und Modi dysfunktionale Lebensmuster zu ändern und eigene Grundbedürfnisse in einer angemessenen Weise außerhalb der Therapiesituation erfüllt zu bekommen. Man kann die Ziele wie folgt in den Begriffen der Schemamodusveränderung ausdrücken.

Der gesunde Erwachsene sollte sich so entwickeln, dass er zu Folgendem in der Lage ist:

- (1) Bei Angst oder Einsamkeit, die auf ein nicht befriedigtes Bedürfnis auf einer kindlichen Ebene hindeuten, für das verletzliche Kind sorgen und ihm einen gesunden Erwachsenen an die Seite stellen.
- (2) Den Modus des distanzierten Beschützers beschwichtigen und langfristig ersetzen. Die Beschwichtigung erfolgt in dem Sinne, dass die Empfindungen der gegenwärtigen Emotionen das eigene Selbst weder überwältigen noch zerstören. Der distanzierte Beschützer soll dann durch gesunde Bewältigungsstrategien ersetzt werden, die angewandt werden können, wenn die Emotionen »hochkochen«. Art und Umfang des inneren Abstandes sollen bewusst gewählt werden können, anstatt automatisch auf Distanz zu gehen.
- (3) Das wütende Kind soll angemessene Wege lernen, um seine Emotionen und Bedürfnisse auszudrücken. Dies bedeutet, dass Bedürfnisse in einer angemessenen und selbstbehauptenden Form ausgedrückt werden können.
- (4) Den strafenden Elternteil entmachten und verbannen. Man befreit sich von dem harschen, verinnerlichten Kritiker und ersetzt diesen durch die Fähigkeit, sich selbst in einer gesunden, unterstützenden und akzeptierenden Art und Weise zu sehen und wenn notwendig, für Fehler zu entschuldigen.

Und wir ergänzen ein fünftes Ziel:

- (5) Den glücklichen Kindmodus befreien, sodass die Person die Umgebung erkunden kann und herausfindet, was ihr Freude im Leben macht.

Die Interventionen der Schematherapie, die diese Veränderung in den Schemamodi hervorbringen können, sind in Kapitel 4 bis 9 beschrieben.

2.3 Die therapeutische Beziehung in der Schematherapie

In der Schematherapie muss der Therapeut nicht nur eine erwachsene Arbeitsbeziehung anbieten, wie sie in den meisten Psychotherapiekonzepten gefordert wird, sondern auch eine für die kindliche Seite »neu beelternde Beziehung«. Dies ist notwendig, damit dysfunktionale Schemata, die sich durch frühe unbefriedigte Bedürfnisse ausgebildet haben, verändert werden können und sich neue Schemata im Kontext einer gesunden, nachbeelternden Beziehung in der Therapie herausbilden können. Dafür muss der Therapeut (nach Young) herausfinden, welche emotionalen Grundbedürfnisse in der Kindheit nicht befriedigt wurden und wie diese in einem vernünftigen Umfang in der Therapie erfüllt werden können (Young 1990; Young et al., 2003). Der Begriff »Begrenztes Nachbeeltern« (*limited reparenting*; im Deutschen meist als »begrenzte elterliche Fürsorge« wiedergegeben) beschreibt die fürsorgende Einstellung des Therapeuten gegenüber den Patienten. Er verhält sich von Anfang an als guter Elternteil, insbesondere dann, wenn er mit den Kindmodi des Patienten arbeitet. In der erfahrungsorientierten Arbeit mit dem verletzlichen Kind zeigt der Therapeut Validierung und Versorgung, natürlich innerhalb der Grenzen der professionellen Beziehung.

Das Konzept der begrenzten elterlichen Fürsorge verursachte sowohl Kontroversen als auch Missverständnisse. Die grundlegende Position der Schematherapie ist, dass Patienten, die von ihren frühen Bezugspersonen entweder vernachlässigt oder miss-handelt wurden, in einem gewissen Umfang positive elterliche Fürsorge erfahren müssen, bevor sie überhaupt lernen können, für sich selbst zu sorgen. Jeder Mensch muss die Erfahrung machen, dass seine Grundbedürfnisse befriedigt werden, damit er dies als Erwachsener dann selbst übernehmen kann. Das Ziel der Schematherapie ist Autonomie, daher wird der frühe Fokus des Therapeuten hinsichtlich der begrenzten elterlichen Fürsorge im späteren Therapieverlauf durch die Entwicklung und Stärkung des gesunden Erwachsenenmodus abgelöst. In diesem Modus übernimmt der Patient selbst nach und nach diese Fürsorgefunktion (z. B. Selbstberuhigung oder Selbstbehauptung). Die begrenzte elterliche Fürsorge ist auf das Bedürfnis des jeweiligen Modus, in dem sich der Patient befindet, abgestimmt. Auf die Modi des wütenden oder impulsiven Kindes wird mit empathischer Konfrontation oder Grenzsetzung reagiert, da der Patient in diesen Modi genau dies benötigt. In der Schematherapie ist der Therapeut also auch aktiv damit beschäftigt, den Patienten darin zu unterstützen, maladaptive Bewältigungsmodi (wie Distanzierung) durch adaptivere Bewältigungsmodi zu ersetzen. Darüber hinaus unterstützt er den Patienten darin, dysfunktionale Elternmodi zu verbannen oder zu entmachten. Dieser empathische und aktive Umgang einschließlich der entsprechenden Modellierung durch den Therapeuten wird dann als begrenzte elterliche Fürsorge bzw. als begrenzte Nachbeelterung bezeichnet. Die Veränderung der Therapeutenrolle, die durch die Gruppentherapie für Borderline-Patienten erforderlich ist, wird in Kapitel 4 näher beschrieben.

2.4 Strukturelles Modell der Gruppenschematherapie

Bei Therapiegruppen kann man drei grundlegende Typen unterscheiden: interaktions- bzw. prozessorientiert, personorientiert oder störungsspezifisch-psychoedukativ. Sipos und Schweiger (2009) haben die wichtige Frage gestellt, welchem Modell die Gruppenschematherapie zuzuordnen ist. Wie auch die Einzelschematherapie integriert die GST Aspekte aller drei Typen, lässt sich aber keinem Typ vollständig zuordnen. Tabelle 2.3 beschreibt die unterschiedlichen Modelle.

Wenn man GST durchführt, sollte man den Gruppenprozess nutzen und auch zu Interaktionen innerhalb der Gruppe ermutigen. Der Therapeut sollte die Rolle eines aktiven Führers der Gruppe einnehmen und nicht etwa nur ein außerhalb der Gruppe stehender Katalysator oder Anreger interpersoneller Aktionen sein, wie es typisch für

Tabelle 2.3 Modelle der Gruppentherapie

Modell	Beispiele	Ziele	Rolle des Therapeuten	Vergleich zur GST
Interaktions- bzw. prozess-orientierte Gruppe	Interpersonale Gruppentherapie (Yalom); Psychoanalytische Gruppen; Encounter-Gruppen (Rogers)	Durch Gruppen- dynamik Problem- verhaltensweisen ändern; angestrebt werden starke Emotionen und auch Konflikte	Außerhalb der Gruppe; regt zu Interaktion an, leitet diese aber nicht; jeder kann jederzeit Interaktionen starten	Durch Gruppendynamik wird Veränderung angestrebt (therapeutische Faktoren der Gruppenarbeit); Therapeut ist Teil der Gruppe und leitet und begleitet die Mitglieder aktiv
Personorientierte Gruppe	Gestalttherapie (Perls); Kognitive Therapie (Beck); Psychodrama (Moreno); Lösungsorientierte Therapie (D'Zurilla)	Arbeit an individuellen Bedürfnissen und Zielen	Schwerpunkt auf einer Person; bezieht instrumentelle Bedingungen der Gruppe mit ein; strukturiert die Sitzungen; Mitglieder helfen dem Einzelnen, seine Ziele zu erreichen	Es wird an individuellen Zielen und Bedürfnissen gearbeitet, aber immer in Verbindung zu gemeinsamen Themen; Mitglieder helfen in der Einzelarbeit und kommen mit dazu; der Fokus auf Gruppenprozessen ist wichtiger als die instrumentellen Bedingungen; Mitglieder helfen sich gegenseitig
Psychoedukative oder störungsspezifische Gruppe	Manualisierte Gruppentherapie für bestimmte Störungen (z. B. Depression, Ängste, BPS)	Wissen und Fertigkeiten; Überblick (»Experte« seiner eigenen Krankheit werden)	Gibt Informationen; zeigt Fertigkeiten; strukturiert die Sitzung; leitet die Gruppe; konzentriert sich auf den »durchschnittlichen« Patienten	Aufmerksamkeit weniger auf dem »durchschnittlichen« Patienten als auf Bedürfnissen und Zielen aller Patienten; eher erfahrungsbasiert statt fertigkeitenbasiert

Tabelle 2.3 (Fortsetzung)

Modell	Beispiele	Ziele	Rolle des Therapeuten	Vergleich zur GST
Gruppenschematherapie kombiniert Aspekte aller drei Formen, überschneidet sich aber mit keiner	GST für BPS (Farrell & Shaw)	Veränderung der Schemamodi, zielt auf Veränderungen in dysfunktionalen Lebensmustern und Unfähigkeiten, Grundbedürfnisse auf angemessene Weise zu befriedigen	Leitet die Gruppe auf eine Weise, die Gruppenprozesse und ihre therapeutischen Faktoren unterstützt; verhält sich wie ein guter Elternteil auf dem Entwicklungsniveau der Gruppe; motiviert Mitglieder zu »familiärem« Lernen	Alle zuvor genannten Aspekte der GST

das Modell der interpersonellen Prozessgruppe wäre. Ein Teil des interpersonellen Modells ist, dass Konflikte geschürt werden. Dies ist kein Ziel für eine Gruppe mit Borderline-Patienten. In unserem ersten Trainingsworkshop hatten wir das notwendige strukturelle Modell den teilnehmenden Therapeuten gegenüber nicht klar genug herausgearbeitet. Dies hatte zur Folge, dass ihr erstes Gruppenrollenspiel chaotisch endete, da einige Teilnehmer in der Rolle von Patienten verärgert oder ängstlich aus dem Raum rannten und es in Konflikte ausartete. Nachdem diese Fehleinschätzung korrigiert wurde, zeigte das nächste Rollenspiel eine kooperierende und kohäsive Gruppe, da die Therapeuten im Rollenspiel nun in der Lage waren, eine zielführende Umgebung zu gestalten und aufrechtzuerhalten. Gruppenschematherapie unterscheidet sich von anderen Gruppenmodellen hauptsächlich darin, dass sie integrativ ist, die Kernkomponenten oder aktiven Bestandteile der prozess- und der interpersonellen Gruppe kombiniert und dabei Techniken der stärker instrumentellen störungsspezifischen Gruppen integriert, die gewohnte Verhaltensmuster durchbrechen. Daher ist die Gruppenschematherapie sowohl prozess- wie aufgabenorientiert. Andere Ansätze zur Borderline-Behandlung fokussieren auf Skills, ohne dass der Gruppenprozess und die Gruppendynamik wesentlich beachtet werden (z. B. DBT – Linehan, 1993; STEPP – Blum et al., 2008), oder falls Gruppen doch prozessorientiert sind, schließen sie Borderline-Patienten als ungeeignete Gruppenteilnehmer aus (Yalom & Leszcz, 2005).

Wir gehen davon aus, dass die mangelnde Nutzung des Gruppenprozesses und seiner therapeutischen Faktoren in anderen Behandlungsansätzen eine »verschenkte Gelegenheit« darstellt und vermutlich eine mögliche Begründung für die geringeren Behandlungseffekte im Vergleich zur GST liefert. Wird zwar das Gruppenformat genutzt, aber nur Einzeltherapie oder Skills-Training angeboten, während die übrigen Patienten zuschauen, dürfte die Behandlung hinsichtlich der Behandlungskosten zwar günstiger sein (wobei natürlich nicht der soziale oder familiäre Aufwand berück-

sichtigt wird), ist dann aber nur eine weniger effektive Version einer Einzelpsychotherapie. Doch ist eine Gruppentherapie für Borderline-Störungen (oder andere Persönlichkeitsstörungen) deutlich effektiver, wenn man bewusst auch die einzigartigen therapeutischen Gruppenfaktoren nutzt. So bietet schon die Gruppe als solche, aufgrund der in ihr entstehenden Verbundenheit und Zugehörigkeit, ein Heilungspotenzial für die Hauptschemata der Borderline-Störung. Dass andere Behandlungsansätze die Chancen der interpersonellen Arbeit und die späteren Stufen der emotionalen und sozialen Entwicklung außer Acht lassen, könnte eine Begründung sein für ihre nur begrenzten Erfolge hinsichtlich der Verbesserung allgemeiner und zwischenmenschlicher Kompetenzen sowie der Lebensqualität (Zanarini, 2009). Ihre mangelnde Berücksichtigung wichtiger Lebensaspekte dürfte überdies Ursache für Klagen von Borderline-Patienten sein, die sich nach der Behandlung zwar nicht mehr selbst verletzen oder Suizidversuche begehen, sich aber weiterhin miserabel fühlen, nicht in gesunden Beziehungen leben, unterhalb ihres Ausbildungsniveaus beschäftigt oder häufig arbeitslos sind und insgesamt eine unangemessen schlechte Lebensqualität aufweisen (Van Gelder, 2008; und persönliche Mitteilung vieler Patienten, die sich einer Schematherapie unterziehen). Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass das konzeptuelle Modell der Schematherapie in einigen Studien validiert werden konnte (Lobbestael, et al., 2008; Reiss et al., 2011) und dass eine zunehmende Evidenz für seine therapeutische Wirkung und auch Kosten-Nutzen-Relation für die Einzeltherapie (Giesen-Bloo et al., 2006; Nadort et al., 2010) vorliegt. Gleiches gilt ebenfalls für die Effektivität des hier vorgestellten Gruppenschematherapiemodells (Farrell et al., 2009; Reiss et al., zur Veröffentlichung eingereicht).