



Jacob • Arntz

2. Auflage

Schematherapie in der Praxis

BELTZ

Jacob • Arntz

Schematherapie in der Praxis

Gitta Jacob • Arnoud Arntz

Schematherapie in der Praxis

| 2., überarbeitete Auflage

BELTZ

Anschriften der Autoren:

PD Dr. Gitta Jacob
GAIA AG
Gertigstraße 12–14
22303 Hamburg
E-Mail: gitta.jacob@gaia-group.com

Prof. Dr. Arnoud Arntz
Department of Clinical Psychology
University of Amsterdam
Postbus 19 268
1000 GG Amsterdam
The Netherlands
E-Mail: A.R.Arntz@UvA.nl

Dieses E-Book ist auch als Printausgabe erhältlich
(ISBN 978-3-621-28224-6)

Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne eine solche Einwilligung eingescannt und in ein Netzwerk eingestellt werden. Dies gilt auch für Intranets von Schulen und sonstigen Bildungseinrichtungen.

Haftungshinweis: Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.



2., überarbeitete Auflage 2015
1. Auflage 2011, Beltz, Weinheim, Basel

© Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2015
Programm PVU Psychologie Verlags Union
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
<http://www.beltz.de>

Lektorat: Antje Raden
Herstellung: Sonja Frank
Umschlagbild: Getty Images/Diana Ong
E-Book: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza

ISBN 978-3-621-28274-1

Inhaltsübersicht

Vorwort zur 2. Auflage	11
I Fallkonzeptualisierung	13
1 Grundlagen	14
2 Das Moduskonzept	45
3 Vermittlung des Moduskonzepts an den Patienten	85
II Behandlung	93
4 Übersicht über die Behandlung	94
5 Überwinden von Bewältigungsmodi	105
6 Umgang mit verletzbaren Kindmodi	125
7 Umgang mit wütenden und impulsiven Kindmodi	169
8 Interventionen bei dysfunktionalen Elternmodi	189
9 Stärkung des gesunden Erwachsenenmodus	213
Literaturverzeichnis	221
Sachwortverzeichnis	224

Inhalt

Vorwort zur 2. Auflage	11
------------------------	----

I Fallkonzeptualisierung 13

1 Grundlagen 14

1.1	Maladaptive Schemata	15
1.1.1	Schemata der Domäne Abgetrenntheit und Ablehnung	18
1.1.2	Schemata der Domäne Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung	22
1.1.3	Schemata der Domäne Beeinträchtigungen im Umgang mit Grenzen	25
1.1.4	Schemata der Domäne Fremdbezogenheit	27
1.1.5	Schemata der Domäne Übertriebene Wachsamkeit und Gehemmtheit	29
1.2	Bedürfnisorientierung	32
1.3	Schemacoping	34
1.3.1	Erdulden	35
1.3.2	Vermeiden	35
1.3.3	Überkompensation	36
1.4	Das schematherapeutische Moduskonzept	38
	Frequently Asked Questions	42

2 Das Moduskonzept 45

2.1	Schemamodi – Übersicht	45
2.1.1	Kindmodi	45
2.1.2	Elternmodi	50
2.1.3	Bewältigungsmodi	52
2.2	Fallkonzeption mit dem Moduskonzept	55
2.2.1	Wesentliche Probleme und Symptome des Patienten	56
2.2.2	Biografische Informationen	58
2.2.3	Interpersonelle Verhaltensweisen	59
2.2.4	Exkurs: Unterscheidung von verschiedenen Modi, bei denen Wut eine Rolle spielt	61
2.3	Störungsspezifische Modusmodelle	62
2.3.1	Borderline-Persönlichkeitsstörung	63
2.3.2	Narzisstische Persönlichkeitsstörung	64
2.3.3	Histrionische Persönlichkeitsstörung	66
2.3.4	Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung	67

2.3.5	Dependente Persönlichkeitsstörung	67
2.3.6	Zwanghafte Persönlichkeitsstörung	69
2.3.7	Paranoide Persönlichkeitsstörung	71
2.3.8	Forensische Patienten	72
2.3.9	Chronische Achse-I-Störungen	73
2.3.10	Exkurs: Sexualität und sexuelle Probleme im Modusmodell	77
	Frequently Asked Questions	79
3	Vermittlung des Moduskonzepts an den Patienten	85
3.1	Vom Modusmodell zur Behandlungsplanung	89
	Frequently Asked Questions	90
II	Behandlung	93
4	Übersicht über die Behandlung	94
4.1	Kognitive Methoden	95
4.2	Emotionale Methoden	97
4.3	Verhaltensorientierte Methoden	98
4.4	Therapiebeziehung	99
	Frequently Asked Questions	102
5	Überwinden von Bewältigungsmodi	105
5.1	Therapiebeziehung	105
5.2	Kognitive Methoden	106
5.3	Emotionale Methoden	111
5.4	Behaviorale Methoden	117
	Frequently Asked Questions	121
6	Umgang mit verletzbaaren Kindmodi	125
6.1	Therapiebeziehung	127
6.1.1	Differenzierung von hilfreichem Reparenting vs. Unterstützung einer dysfunktionalen dependenten Haltung des Patienten	130
6.1.2	Grenzen in der Therapiebeziehung	134
6.2	Kognitive Methoden	136
6.3	Emotionale Methoden	140
6.3.1	Imaginatives Reprocessing and Rescripting (imaginatives Überschreiben)	142
6.3.2	Trost von Kindmodi mit anderen emotionalen Methoden	155
6.4	Behaviorale Methoden	156
	Frequently Asked Questions	157
7	Umgang mit wütenden und impulsiven Kindmodi	169
7.1	Therapiebeziehung	170

7.1.1	Therapiebeziehung bei ärgerlichen/wütenden Kindmodi	170
7.1.2	Therapiebeziehung bei undiszipliniert/impulsiven Kindmodi	174
7.1.3	Exkurs: Trotz	176
7.1.4	Therapiebeziehung beim Nicht-Ausdruck von Wut	177
7.2	Kognitive Methoden	180
7.2.1	Kognitive Methoden bei wütenden/ärgerlichen Kindmodi	181
7.2.2	Kognitive Methoden bei impulsiven/undisziplinierten Kindmodi	182
7.3	Emotionale Methoden	183
7.4	Behaviorale Methoden	186
	Frequently Asked Questions	186
8	Interventionen bei dysfunktionalen Elternmodi	189
8.1	Therapiebeziehung	189
8.2	Kognitive Methoden	191
8.3	Emotionale Methoden	193
8.3.1	Stuhldialoge	194
8.4	Behaviorale Methoden	208
	Frequently Asked Questions	208
9	Stärkung des gesunden Erwachsenenmodus	213
9.1	Therapiebeziehung	213
9.2	Kognitive Methoden	216
9.3	Emotionale Methoden	218
9.4	Behaviorale Methoden	218
9.5	Abschluss der Therapie	218
	Frequently Asked Questions	219
	Literaturverzeichnis	221
	Sachwortverzeichnis	224

Vorwort zur 2. Auflage

In den vergangenen 5–10 Jahren hat sich Schematherapie in Deutschland als therapeutisches Verfahren stark verbreitet. Das integrative Vorgehen, bei dem die Erkenntnisse und Techniken verschiedener Therapieschulen mit dem kognitiven Modell verknüpft werden, scheint auf sehr breite Zustimmung zu stoßen. Ein großer Vorteil von Schematherapie im Vergleich zur klassischen KVT besteht darin, dass damit die verschiedensten psychologischen Probleme behandelt werden können, einschließlich bspw. wiederkehrender Probleme in Beziehungen, und dass sie effektive Techniken einsetzt, um belastende Erinnerungen und Muster aus der Kindheit zu behandeln. Zudem hat sich in mittlerweile mehreren Studien gezeigt, dass Schematherapie bei verschiedenen Persönlichkeitsstörungen zu stabilen Remissionen führen und dazu beitragen kann, dass Patienten nicht nur weniger Symptome aufweisen, sondern auch ein erfüllteres und zufriedeneres Leben führen.

In diesem Buch wird das praktische Vorgehen der Schematherapie mit dem Modusmodell als störungsübergreifender Ansatz dargestellt. Die Hauptindikationen (und die meisten Fälle in diesem Buch) stellen dabei sicherlich Persönlichkeitsstörungen dar. Allerdings wird auch auf Achse-I-Störungen und etwas mildere Probleme Bezug genommen, sofern dies sich anbietet.

Das Buch besteht aus zwei Teilen: Im ersten Teil geht es um die Fallkonzeptualisierung einschließlich des ursprünglichen Schema-Konzepts (Kap. 1) und dem hier fokussierten Modus-Konzept (Kap. 2) und darum, wie das Modus-Modell dem Patienten am besten vermittelt werden kann. Im zweiten Teil wird in sechs Kapiteln die Behandlung dargestellt, wobei sich jedes Kapitel einer Modus-Klasse widmet und unterteilt ist in die entsprechenden kognitiven, emotionalen und verhaltensbezogenen Techniken sowie die Gestaltung der Therapiebeziehung. Nach einem Überblick über die Behandlung (Kap. 4) werden die verschiedenen Modus-Typen in der Reihenfolge bearbeitet, in der sie in der Regel auch in der Therapie auftreten. Dabei enthält Kapitel 6 (Arbeit mit verletzlichen Kindmodi) eine ausführliche Beschreibung von imaginativen Techniken und Kapitel 8 (Arbeit mit dysfunktionalen Elternmodi) eine detaillierte Erläuterung der Arbeit mit verschiedenen Stühlen.

Das große Interesse an der ersten Auflage hat uns zu dieser zweiten Auflage motiviert, in die zum einen aktuelle Forschungsergebnisse eingeflossen sind. Zum anderen haben wir einige Punkte, die in der ersten Auflage etwas zu kurz kamen, hier nun genauer beschrieben.

Die Entwicklung des Modus-Ansatzes ruht auf vielen Schultern. Wir danken Jeffrey Young, dem Entwickler der Schematherapie, für seine Anleitung und seine wichtigen Erkenntnisse. Hannie van Genderen und David Bernstein haben unser Denken stark beeinflusst und wir danken den zahlreichen Kollegen, mit denen wir gemeinsam Erfahrungen machen und uns austauschen konnten. Last but not least möchten wir

unseren Patienten danken, die immer wieder bereit waren, mit uns neue Strategien auszuprobieren, ihre Erfahrungen mit Schematherapie mit uns zu teilen, und so zur Entwicklung der in diesem Buch beschriebenen Techniken maßgeblich beigetragen haben.

Hamburg und Amsterdam, Sommer 2015

Gitta Jacob und Arnoud Arntz

I Fallkonzeptualisierung

- 1 Grundlagen
- 2 Das Moduskonzept
- 3 Vermittlung des Moduskonzepts an den Patienten

1 Grundlagen

Die Schematherapie (Young et al., 2008) wird in den letzten Jahren zunehmend als interessante Weiterentwicklung des kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatzes wahrgenommen. Jeffrey Young entwickelte die Schematherapie am Cognitive Therapy Center von Aaron Beck in Philadelphia in erster Linie zunächst für solche Patienten, die in einer Behandlung mit klassischer kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) keine überzeugenden Therapieerfolge erlebten. Dies sind typischerweise Patienten mit schwierigen oder stark wechselhaften interpersonellen Mustern und häufig sehr variablen Symptomen oder Problemen. Diagnostisch liegen häufig eine Persönlichkeitsstörung oder Persönlichkeitsakzentuierungen vor. Grundsätzlich zeichnet sich Schematherapie in der Behandlung dieser Personengruppe gegenüber der KVT durch die folgenden drei Merkmale besonders aus:

- (1) Das *emotionale Erleben* wird neben den kognitiven und behavioralen Aspekten der Problematik stark in den Vordergrund gerückt. Dazu werden insbesondere emotionsorientierte Interventionen eingesetzt, die in der Tradition der Gestalttherapie und des Psychodramas entwickelt wurden, wie Stuhldialoge oder Imaginationsübungen. Hintergrund dieses Vorgehens ist, dass die problematischen Muster von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen in der Regel durch problematische Emotionen aufrechterhalten werden. So berichten Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS), die oft einen intensiven Hass auf sich selbst erleben, dass sie durchaus intellektuell verstehen könnten, dass dieser Selbsthass nicht angemessen sei. Diese kognitive Einsicht ändere ihr Gefühl jedoch nicht. Solche Probleme können mit emotionalen Methoden gut bearbeitet werden.
- (2) Stärker als bisher in der KVT werden *biografische Aspekte* in die Therapie einbezogen und damit auch Ansätze und Konzepte eingesetzt, die bisher insbesondere der tiefenpsychologischen Therapie zugeordnet wurden. Dabei werden biografische Informationen vor allem herangezogen, um aktuelle Probleme des Patienten aufgrund seiner Entwicklungsgeschichte zu validieren. Der Patient soll lernen, heutige Muster als Ergebnis ungünstiger Entwicklungsbedingungen zu verstehen; es wird jedoch – anders als etwa in der Psychoanalyse – nicht davon ausgegangen, dass die Behandlung insbesondere dem intensiven Durcharbeiten der Biografie gewidmet werden muss.
- (3) Die *Therapiebeziehung* spielt in der Schematherapie eine herausragende Rolle. Einerseits wird die Therapiebeziehung als begrenzte elterliche Fürsorge in dem Sinne konzeptualisiert, dass die Therapeutin einen aktiven, fürsorglichen und teilweise elternartigen Beziehungsstil gegenüber dem Patienten einnimmt. Dabei wird der Beziehungsstil gezielt auf den Patienten bzw. seine Probleme und Schemata eingestellt. Darüber hinaus wird gerade bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen davon ausgegangen, dass die Therapiebeziehung diejenige Bezie-

hung ist, in der veränderte interaktionelle Muster als erstes ausprobiert werden können und sollten. Insofern ist die therapeutische Beziehung also auch ganz explizit Übungsfeld für die Problembearbeitung des Patienten.

Schematherapie ist ein einerseits komplexes, andererseits sehr strukturiertes Vorgehen, um verschiedenste Problemkonstellationen zu konzeptualisieren und zu behandeln. Insofern ist Schematherapie ursprünglich kein störungsspezifisches, sondern ein sehr allgemeines störungsübergreifendes psychotherapeutisches Verfahren. Im Laufe der Weiterentwicklung der Schematherapie wurden allerdings mehrere störungsspezifische Ableitungen für Persönlichkeitsstörungen entwickelt, die später in diesem Buch vorgestellt werden (s. Abschn. 2.3). Zunächst wird das ursprüngliche Konzept der maladaptiven oder dysfunktionalen Schemata vorgestellt und anhand von Fallbeispielen illustriert. Danach wird die Weiterentwicklung zum Schema-Modus-Konzept vorgestellt, Schemamodi und ihre Diagnostik erläutert und die sich darauf aufbauenden Interventionen dargestellt. Grundsätzlich können die meisten der vorgestellten Überlegungen und Interventionen sowohl mit dem Schema- als auch mit dem Schema-Modus-Konzept angelegt und durchgeführt werden. So kann etwa ein Stuhldialog, in dem sich ein Patient mit seinen überhöhten Standards und seinem Perfektionismus auseinandersetzt, im Modusmodell als Stuhldialog »Fordernder Elternmodus vs. Gesunder Erwachsenenmodus« eingesetzt werden; wenn ein Therapeut hingegen mit dem Schemamodell arbeitet, lässt sich derselbe Stuhldialog als Dialog zwischen dem Schema »Überhöhte Standards« und der gesunden Seite des Patienten konzeptualisieren.

1.1 Maladaptive Schemata

Maladaptive Schemata sind in der Schematherapie relativ breit definiert als alles beeinflussende Lebensthemen, die sowohl Kognitionen, Emotionen, Erinnerungen, Wahrnehmungen als auch Verhaltensweisen und interpersonelle Muster beinhalten. Es wird davon ausgegangen, dass Schemata während der Kindheit angelegt wurden und sich durch Coping-Mechanismen und das interpersonelle Verhalten des Patienten während seines Lebens entweder verstärken oder abschwächen können, häufig jedoch aufrechterhalten bleiben. 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 Schemata, die in insgesamt fünf sogenannte Schemadomänen untergliedert sind. Die Definition dieser Schemata entspringt in erster Linie klinischen Beobachtungen und Überlegungen, sie ist nicht empirisch oder wissenschaftlich abgeleitet.

Schemata können einzeln oder kombiniert auftreten. Grundsätzlich weisen vermutlich die meisten oder alle Menschen in irgendeiner Form maladaptive Schemata auf. Zur psychischen Störung wird dies dann, wenn sie so stark ausgeprägt sind, dass sie mit gestörtem emotionalen Erleben und entsprechenden Symptomen oder Funktionsproblemen einhergehen. Bei Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen

liegen häufig viele Schemata in hoher Ausprägung vor. Bei Menschen, die eher wegen umschriebener Lebensprobleme in Therapie kommen, nicht die diagnostischen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung erfüllen und insgesamt eine gute Funktionsfähigkeit haben, stehen oft nur ein oder zwei Schemata im Vordergrund. Tabelle 1.1 gibt einen Überblick über Youngs Schemadomänen und Schemata.

Tabelle 1.1 Übersicht über maladaptive Schemata, geordnet nach Schemadomänen (Young et al., 2008)

Schemadomäne	Schemata
Abgetrenntheit und Ablehnung	(1) Verlassenheit/Instabilität (2) Misstrauen/Missbrauch (3) Emotionale Entbehrung (4) Unzulänglichkeit/Scham (5) Soziale Isolation/Entfremdung
Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung	(6) Abhängigkeit/Inkompetenz (7) Anfälligkeit für Schädigungen und Krankheiten (8) Verstrickung/Unentwickeltes Selbst (9) Versagen
Beeinträchtigung im Umgang mit Grenzen	(10) Anspruchshaltung/Grandiosität (11) Unzureichende Selbstkontrolle/Selbstdisziplin
Fremdbezogenheit	(12) Unterwerfung (13) Selbstaufopferung (14) Streben nach Zustimmung und Anerkennung
Übertriebene Wachsamkeit und Gehemmtheit	(15) Negativität/Pessimismus (16) Emotionale Gehemmtheit (17) Überhöhte Standards/Übertrieben kritische Haltung (18) Bestrafen

Fallbeispiel

Heike D. ist eine ca. 40-jährige Krankenschwester, die nach einem längeren stationären Aufenthalt mit der Diagnose einer mittlerweile chronifizierten Depression in der Tagesklinik aufgenommen wird. Frau D. berichtet, dass sie auf ihrer Arbeitsstelle große Probleme gehabt habe und sehr gemobbt worden sei, deshalb sei sie letztlich depressiv »zusammengebrochen«. Das Auffälligste an Frau D. ist, dass sie extrem unauffällig ist. Noch nach ca. zwei Wochen kennen einige Team-Mit-

gliedert ihren Namen nicht sicher, sie scheint kaum in Erscheinung zu treten und ist sehr zurückgezogen. In Gruppentherapien ist sie sehr still. Wenn sie zu Beiträgen explizit aufgefordert wird, bestätigt sie im Wesentlichen das von den anderen Gesagte und wirkt insgesamt sehr angepasst, fügsam und unterwürfig. Teilweise vermeidet sie Situationen, die mit Anforderungen einhergehen, etwa notwendige Termine mit der Sozialarbeiterin, um ihre schwierige aktuelle Arbeitssituation zu klären. In Situationen, in denen Vermeidung nicht mehr möglich ist, etwa weil die Sozialarbeiterin darauf besteht, dass ein Formular ausgefüllt werden müsse, um negative Konsequenzen zu vermeiden, wird Frau D. manchmal unerwartet und überraschend »patzig«. In der störungsspezifischen Therapie der Depression tritt eine Stagnation auf, da Frau D. es zu vermeiden scheint, aktive Verhaltensänderungen anzustreben. Der mangelnde Behandlungsfortschritt ist nicht durch Intelligenz- oder Verständnisdefizite erklärbar.

Im Schemafragebogen zeigt sich, dass Frau D. ein sehr ausgeprägtes Unterwerfungsschema hat, das heißt, sie orientiert sich stets sehr stark an den Vorstellungen anderer Personen. Dabei berichtet sie, dass sie sich machtlos, ohnmächtig und von anderen unterdrückt fühle, jedoch keine gute Idee habe, wie sie selbstständiger und mehr an ihren eigenen Interessen orientiert handeln könne. In diagnostischen Imaginationsübungen, die an dem aktuellen Gefühl von Ohnmacht anschließen, berichtet Frau D. aus ihrer Kindheit Szenen, in denen deutlich wird, dass sie unter extrem belastenden Umständen aufgewachsen ist. Die Mutter war selbst sehr unterwürfig und selbstunsicher gewesen und hatte zeitweise an Depressionen gelitten, der Vater war alkoholkrank und im Zusammenhang damit häufig verbal und unvorhersehbar aggressiv, teilweise übte er auch körperliche Gewalt aus. Die Familie besaß einen gastronomischen Betrieb, der es erforderlich machte, dass die Kinder der Familie sich stets unauffällig und angepasst verhielten.

In Imaginationenübungen erscheint Frau D. als »kleine Heike«, die hilflos und unterwürfig im Flur sitzt und sich nicht traut, Anliegen an ihre Eltern auszusprechen, weil sie um das Wohlbefinden ihrer Mutter bangt und die Aggressivität des Vaters fürchtet. Im Rahmen solcher Imaginationenübungen kann sie im Laufe der Therapie Übungen durchführen, in denen zunächst der Therapeut und später die Patientin selbst als erwachsene Frau D. in die Szene tritt und die kleine Heike tröstet, sich um sie kümmert und ihren Bedürfnissen Raum einräumt. Begleitend zu diesen Interventionen wird es auch möglich, Frau D. verständnisvoll damit zu konfrontieren, wie heute ihr zurückgezogenes und übermäßig angepasstes Verhalten letztlich negative Konsequenzen für sie nach sich zieht und dass sie es wagen sollte, mutiger und mehr im Sinne ihrer eigenen Interessen aufzutreten. Einerseits führt diese Behandlung dazu, dass Frau D. tatsächlich präsenter wird und es lernt, ihre Anliegen besser zu vertreten. Andererseits berichtet sie, nachdem das zugrundeliegende Muster deutlich wurde, von weiteren Problemfeldern, die ohne die Schemadiagnostik und entsprechende Interventionen nicht ans Tageslicht gekommen wären. Insbesondere berichtet sie von einer sexuellen Beziehung zu einem

Saisonarbeiter, die sie eigentlich schon vor zwei Jahren beendet hätte, weil der Partner sie mit körperlicher Gewalt bedroht habe. Es komme jedoch immer wieder vor, dass ihr Ex-Partner in der Nähe auf Baustellen arbeite, dann melde er sich bei ihr und fordere sie zu Treffen auf. Sie komme dem nach und lasse sich auch immer wieder auf sexuelle Handlungen ein, obwohl dies gar nicht ihr Bedürfnis sei. Die Patientin stellt dies selbst ebenfalls in Zusammenhang zu ihrem starken Unterwerfungsschema.

1.1.1 Schemata der Domäne Abgetrenntheit und Ablehnung

Bei dieser Domäne stehen Bindungsprobleme im Vordergrund. Schemata dieser Domäne gehen alle in irgendeiner Weise mit der Empfindung einher, dass Beziehungen zu anderen Menschen nicht sicher und verlässlich sind. In Abhängigkeit vom Schema unterscheidet sich die Qualität dieser Gefühle – so ist das Schema »Verlassenheit/Instabilität« verbunden mit dem Gefühl, immer wieder allein gelassen zu werden, bei »Soziale Isolation« steht das Gefühl der Nicht-Zugehörigkeit im Vordergrund, beim Schema »Misstrauen/Missbrauch« besteht insbesondere ein Gefühl von Bedrohung durch Bezugspersonen.

(1) Verlassenheit/Instabilität

Patienten mit diesem Schema sind emotional stark davon überzeugt, dass wichtige Beziehungen sowieso niemals halten werden, und sind dementsprechend mehr oder weniger ständig mit der Angst konfrontiert, von anderen verlassen oder im Stich gelassen zu werden. Patienten mit diesem Schema berichten aus ihrer Kindheit häufig Erfahrungen von Verlassenheit, etwa Verlassen der Familie durch ein Elternteil, relativ früher Tod wichtiger Bezugspersonen etc. Im Rahmen dieses Schemas suchen sich die Betroffenen häufig tatsächlich unzuverlässige Partner, die das Schema immer wieder bestätigen. Aber auch wenn Beziehungen realistisch betrachtet verlässlich und nicht gefährdet sind, haben die von diesem Schema Betroffenen schon bei kleinen Anlässen unrealistisch große Sorgen vor Verlust oder Verlassenwerden.

Fallbeispiel

Verlassenheit/Instabilität

Frau U., eine 25-jährige BWL-Studentin, kommt wegen Panikattacken und dissoziativem Erleben in Psychotherapie. Beide Symptome treten vor allem dann auf, wenn sie längere Zeit mit ihrer Familie verbracht hat und dann wieder zum Studium an ihren aktuellen Wohnort »zurück muss«. Zu ihrer Familie habe sie ein enges Verhältnis, andere Beziehungen seien jedoch eher oberflächlich. Sie habe selten das Gefühl, anderen Menschen wirklich nahe zu sein, ihre Partnerschaften seien bisher eher unverbindlich gewesen. Sie könne sich kaum vorstellen, eine wirklich enge Beziehung zu haben, obwohl sie auch nicht genau wisse, was sie

davon abschrecke. Beim Gespräch darüber wird die Patientin sehr traurig, eigentlich könne sie sich nicht vorstellen, dass jemand wirklich lange für sie da sei. Möglicherweise habe das mit ihrer Geschichte zu tun: Ihre leibliche Mutter sei, als sie ein Kleinkind gewesen sei, schwer erkrankt und verstorben, als sie selbst zwei Jahre alt gewesen sei. Der Vater habe nach zwei Jahren wieder geheiratet, ihre Stiefmutter sei wie eine richtige Mutter für sie gewesen, das Verhältnis zu den Halbgeschwistern sei gut. Die Stiefmutter sei jedoch aufgrund einer Hirnblutung ebenfalls früh verstorben, als die Patientin 16 Jahre alt war.

(2) Misstrauen/Missbrauch

Dieses Schema ist im Wesentlichen charakterisiert von der Überzeugung und Erwartung, von anderen missbraucht, schlecht behandelt oder gedemütigt zu werden. Die Betroffenen sind anderen gegenüber dauernd auf der Hut, weil sie befürchten, von ihnen absichtlich verletzt oder missbraucht zu werden. Wenn sich jemand ihnen gegenüber freundlich verhält, gehen sie davon aus, dass dieser damit etwas Bestimmtes bezweckt. Wenn die Betroffenen mit dem damit verbundenen »tiefer liegenden« Gefühl in Verbindung kommen, ist dies in der Regel eine große Angst vor Bedrohung. Dieses Gefühl kann teilweise fast übermächtig werden, sodass sich die Betroffenen etwa in fast allen sozialen Situationen extrem bedroht fühlen. Patienten mit diesem Schema berichten typischerweise von Missbrauchserfahrungen in ihrer Kindheit. Dies muss nicht immer sexueller Missbrauch sein, auch emotionaler oder verbaler Missbrauch kann zu einem schweren Missbrauchsschema führen. Bei Missbrauch wird oft primär an die Herkunftsfamilie der Betroffenen gedacht. Gerade Missbrauch durch Peers, etwa Mobbing und Hänseleien durch Klassenkameraden kann jedoch, insbesondere wenn er sich über einen langen Zeitraum erstreckt, zu einem sehr ausgeprägtem Missbrauchsschema, häufig gepaart mit starker Unzulänglichkeit/Scham führen.

Fallbeispiel

Missbrauch

Frau L., eine 26-jährige Krankenschwester, ist in ihrer Jugend von ihrem Stiefvater schwer sexuell und körperlich misshandelt worden. Als Erwachsene hat sie gegenüber Männern ein tiefes Misstrauen und ist davon überzeugt, niemals einen Mann zu finden, der sie gut behandeln wird. Im Grunde genommen kann sie sich nicht vorstellen, dass überhaupt irgendein Mann gut zu einer Frau sein kann. Sie geht immer wieder Affären mit Männern ein, die sie im Internet kennenlernt, und macht damit tatsächlich immer wieder reale Gewalt- und Missbrauchserfahrungen. Um den Schmerz, der einerseits mit der Sehnsucht nach Zuwendung und andererseits mit dem fortgesetzten Missbrauch verbunden ist, besser zu bewältigen, kann sie praktisch keinen Mann treffen, ohne Alkohol zu konsumieren.

(3) Emotionale Entbehrung

Patienten mit diesem Schema berichten aus ihrer Kindheit typischerweise, dass »soweit alles in Ordnung war«, jedoch haben sie dabei wenig die Erfahrung erlebt, dass sich jemand gut und liebevoll um sie kümmert oder dass sie geborgen, aufgehoben und geliebt sind. Dieses Schema geht häufig nicht mit sehr intensiven Gefühlen einher, sondern ist eher charakterisiert durch die Abwesenheit des Gefühls, geborgen und geliebt zu sein. Die Betroffenen haben bezogen auf dieses Schema oft kein »Störungserleben«, sie leiden vordergründig nicht stark darunter. Außenstehende können hingegen dieses Schema oft sehr deutlich spüren, etwa weil sie das Gefühl haben, dass sie dem Betroffenen nicht nahe kommen oder dass sie ihn mit Unterstützungsangeboten kaum erreichen, weil dies von ihm nicht recht wahrgenommen zu werden scheint. Da die mit diesem Schema verbundene emotionale Qualität selbst nicht stark quälend erlebt wird, wird es häufig erst dann zum Problem, wenn die Lebenssituation der Betroffenen in Kombination mit diesem Schema überfordernd wird.

Fallbeispiel

Emotionale Entbehrung

Frau S., eine 38-jährige Bankkauffrau, ist in der Regel sehr gut funktionsfähig, erledigt alles zur Zufriedenheit, führt eine zufriedenstellende Ehe und hat auch sonst gute zwischenmenschliche Beziehungen. Dennoch berichtet sie, dass sie eigentlich in keiner Beziehung das Gefühl habe, anderen wirklich nahe zu sein und von diesen geliebt zu werden. Sie glaube, dass sie durch ihre gute Leistungsfähigkeit im Beruf und durch Engagement für Freunde und Familie letztlich Zuwendung zu erreichen suche, die sie jedoch nie wirklich spüre, selbst wenn sie sie im Grunde häufig bekäme. Dies habe lange recht gut funktioniert, in letzter Zeit komme sie – vermutlich aufgrund einer zunehmenden Mehrfachbelastung in Familie und Beruf – zunehmend an ihre Grenzen und fühle sich deshalb sehr ausgelaugt. Die Therapeutin befragt sie nach Ausgleich in ihrem Alltag, wie Hobbys, Selbstfürsorge oder Zeit für sich selbst, dies hält die Patientin jedoch nicht für wichtig. Aus ihrer Kindheit berichtet sie, dass »eigentlich alles in Ordnung« gewesen sei, allerdings seien beide Eltern sehr viel beschäftigt und häufig abwesend gewesen. Sie habe immer das Gefühl gehabt, es sei für ihre Eltern zu viel gewesen, sich »auch noch intensiv mit uns Kindern zu beschäftigen«.

(4) Unzulänglichkeit/Scham

Dieses Schema beschreibt das Gefühl, unzulänglich, schlecht, minderwertig oder unerwünscht zu sein. Die Betroffenen haben das Gefühl, dass sie es niemals wert sein werden, von anderen Liebe, Aufmerksamkeit oder Respekt zu erhalten, egal wie sehr sie sich darum bemühen. Damit einher geht oft ein Gefühl tiefer Scham für die eigene Person. Dieses Schema ist oft gepaart mit dem Schema Misstrauen/Missbrauch und steht bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung häufig mit im Vordergrund.

Die Betroffenen berichten typischerweise, in der Kindheit Opfer sehr stark abwertender Äußerungen und einer sehr demütigenden Behandlung gewesen zu sein.

Fallbeispiel

Unzulänglichkeit/Scham

Herr R., ein 23-jähriger Krankenpfleger, kommt wegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in psychotherapeutische Behandlung. Er könne seiner Arbeitstätigkeit nur unter größter Mühe nachgehen, weil er sich unerträglich für sich schämen würde. Er habe das Gefühl, für andere in keiner Weise attraktiv oder interessant zu sein, auch wenn er dies häufig gesagt bekomme. Solche Äußerungen seien ihm vollkommen rätselhaft, warum seine Freundin bei ihm bliebe, sei ihm ein Rätsel. Aus seiner Kindheit berichtet er, dass seine Eltern ihn und seine Schwester beide viel geschlagen hätten und verbal sehr aggressiv gewesen seien. Sein Vater habe die Kinder, insbesondere in alkoholisiertem Zustand, oft als »DrecksKinder« bezeichnet. Dies sei völlig unabhängig von seinem eigenen Verhalten gewesen.

(5) Soziale Isolation/Entfremdung

Dieses Schema beschreibt das Gefühl, vom Rest der Welt abgeschnitten zu sein, nicht dazuzugehören oder tiefgehend »anders« zu sein als alle anderen Menschen. In Gruppen fühlen sich die Betroffenen grundsätzlich nicht zugehörig, selbst wenn sie möglicherweise von außen betrachtet unauffällig und integriert sind. Sie berichten häufig, in ihrer Kindheit beispielsweise sehr isoliert außerhalb des Ortes gelebt zu haben, als Zugereiste den Dialekt nicht erlernt zu haben, nicht im Kindergarten oder im Vereinsleben integriert gewesen zu sein etc. Typisch ist auch eine Diskrepanz zwischen der eigenen Herkunft und dem schulischen und beruflichen Lebensweg, etwa wenn Kinder aus einfachen Verhältnissen sich den Mittelschicht-Kindern am Gymnasium nicht zugehörig fühlten. In solchen Fällen kann sich dieses Schema auch mit Unzulänglichkeit/Scham paaren, insbesondere wenn der eigene soziale Hintergrund als minderwertig erlebt wurde.

Fallbeispiel

Soziale Isolation

Herr J., ein 48-jähriger Techniker, berichtet, dass er sich immer wieder vollkommen allein fühle, sich in Gruppen auch dann nicht zugehörig fühlen könne, wenn er am Gespräch beteiligt sei und insgesamt eigentlich noch nie in seinem Leben das Gefühl gehabt habe, irgendwo »wirklich« dazuzugehören. Befragt nach seiner Kindheit berichtet er, dass die Familie, als er neun Jahre alt gewesen sei, in ein kleines Dorf gezogen sei, dessen Dialekt er zunächst kaum verstanden habe. Er habe sich schlecht eingefunden und von seinen Eltern, die sehr mit ihrer Arbeit und eigenen Problemen beschäftigt gewesen seien, diesbezüglich wenig Unterstützung erhalten. Im Gegensatz zu seinen Klassenkameraden sei er weder im Sport- noch im

Musikverein gewesen und erinnere sich, dass er sich oft sehr einsam gefühlt habe, weil er nicht bei Sport- oder Musikveranstaltungen, Faschingsfesten und ähnlichen dörflichen Aktivitäten beteiligt gewesen sei.

1.1.2 Schemata der Domäne Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung

Bei den Schemata dieser Domäne steht die Beeinträchtigung der eigenen Autonomie und Leistungsfähigkeit im Vordergrund. Personen, die eines oder mehrere dieser Schemata aufweisen, erleben sich als unselbstständig oder haben Schwierigkeiten, eigene autonome Entscheidungen zu fällen. Sie befürchten, dass sie mit autonomen Entscheidungen die Beziehung zu wichtigen Bezugspersonen gefährden, oder – im Fall des Schemas »Anfälligkeit für Schädigungen und Krankheit« – gewissermaßen das Schicksal herausfordern, oder gehen davon aus, in Leistungssituationen grundsätzlich zu versagen.

Es ist zu beachten, dass diese Schemata zum einen durch direktes Modelllernen erworben werden können, etwa wenn wichtige Bezugspersonen immer wieder vor Krankheiten warnten oder gar eine Zwangsstörung mit Kontaminationsängsten aufwiesen (Schema »Anfälligkeit für Schädigungen und Krankheiten«), oder wenn die Betroffenen – im Sinne von »das schaffst du doch gar nicht allein« – immer wieder Aufgaben, die ihrer Altersstufe eigentlich angemessen gewesen wären, abgenommen bekamen (Schema »Abhängigkeit/Inkompetenz«). Andererseits können solche Schemata auch als Bewältigungsmuster gerade bei Personen entstehen, denen als Kind zu viel Autonomie überlassen wurde oder um die sich nicht ausreichend gekümmert wurde. So berichten etwa Patienten mit Borderline-Störung, die als Kind viel vernachlässigt wurden und auf sich allein gestellt waren, häufig, dass sie sich extrem überfordert fühlten. Dieses Gefühl habe zu dependenten Verhaltensweisen geführt, um sich die notwendige Unterstützung zu sichern.

(6) Abhängigkeit/Inkompetenz

Patienten mit diesem Schema fühlen sich häufig hilflos und sehen sich nicht im Stande, ohne Unterstützung durch andere Menschen Dinge anzupacken oder Aufgaben zu bewältigen. Dies ist typisch für Patienten mit dependenten Persönlichkeitszügen. Die Betroffenen berichten häufig, in der Kindheit entweder schon früh überfordert gewesen zu sein, sodass sie schon früh das Gefühl hatten, alleine nicht zurechtkommen und fremde Hilfe zu benötigen. Andere Patienten hingegen berichten eher, dass sie sehr wenig gefordert wurden, beispielsweise im jugendlichen Alter noch nicht selbstständig Wege auf sich nehmen mussten, um Hobbys zu erreichen, keine Verantwortung in der Familie übernehmen mussten etc.

In der Therapie zeigt sich dieses Schema oft erst nach einer Weile daran, dass die Betroffenen zwar angepasst und »brav« mitzuarbeiten scheinen, jedoch im Alltag keine Fortschritte machen. Wenn ein Patient der Therapeutin zu Beginn der Therapie sehr

angenehm, sympathisch und verständig erscheint und ihre Vorschläge begeistert aufgreift und die Therapeutin dann im Verlauf jedoch zunehmend frustriert ist, weil »irgendwie nichts voran geht«, sollte auch an dieses Schema gedacht werden.

Fallbeispiel

Abhängigkeit/Inkompetenz

Frau T., eine 23-jährige Studentin, die schüchtern und unselbstständig wirkt, berichtet, dass sie bis heute kaum zuständig dafür sei, die Pflege ihrer Unterlagen wie etwa rechtzeitige Rückmeldung zum Studium, Weiterleitung von Studienbescheinigungen wegen des Kindergeldbescheides etc., selbstständig zu übernehmen. Ihre Mutter rufe immer an, wenn etwas fällig sei, diese habe sich schon immer sehr gut um alles gekümmert und die Patientin selbst sei ganz wenig mit Pflichten betraut worden. In ihrem Leben fühle sich Frau T. aktuell völlig überfordert. Sie würde eigentlich gerne einen Nebenjob annehmen, wisse jedoch nicht, wie sie sich auf Jobsuche begeben solle, fühle sich unsicher im Kontakt mit potenziellen Arbeitgebern und habe nicht das Gefühl, neuen Tätigkeiten gewachsen zu sein.

(7) Anfälligkeit für Schädigungen und Krankheiten

Dieses Schema zeichnet sich aus durch übertriebene Furcht vor Katastrophen, Krankheiten oder anderen Problemen, die Menschen unerwartet treffen können. Es tritt häufig bei Patienten mit hypochondrischen Zügen oder generalisierten Ängsten auf. Die Betroffenen berichten oft, dass beispielsweise Mütter oder Großmütter extrem übervorsichtig und/oder klagsam gewesen seien, stets vor schlimmen Krankheiten gewarnt hätten und beispielsweise die Patienten als Kinder immer wieder angehalten hätten, übertriebene Hygienevorschriften zu beachten, niemals ungewaschenes Obst zu essen, nach dem Besuch des Supermarktes zur Vermeidung von Krankheiten die Hände zu waschen etc. Darüber hinaus lässt sich dieses Schema nachvollziehbar bei Personen feststellen, die unmittelbar oder mittelbar in ihrem Leben von schweren unkontrollierbaren Schicksalsschlägen betroffen waren. So »erben« etwa Kinder von Kriegsvertriebenen, die selbst keine Vertreibungssituation mehr erlebt haben, oft das (diffuse) Gefühl von einer bedrohlichen Unvorhersagbarkeit des Schicksals, die emotional vermutlich auf das Vertriebenenschicksal der Eltern zurückgeführt werden kann.

Fallbeispiel

Angst vor Schädigungen und Krankheiten

Frau F., eine 31-jährige Ärztin, berichtet Ambivalenz bezüglich ihres Kinderwunsches. Nach dem Grund befragt gibt sie mit offensichtlich starker emotionaler Beteiligung an, dass es für sie eine furchtbare Vorstellung sei, was einem Kind von der Geburt bis zum Erwachsenwerden alles passieren könne. Die Schwangerschaft könne problematisch verlaufen, das Kind könne furchtbare Krankheiten erleiden,