



Arntz • van Genderen

2. Auflage

# Schematherapie bei Borderline- Persönlichkeitsstörung

**BELTZ**

Arntz • van Genderen

**Schematherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung**



**Arnoud Arntz** war Projektleiter der niederländischen Multi-Center-Studie, in der Schematherapie mit übertragungsfokussierter Psychotherapie verglichen wurde. Einer seiner Forschungsschwerpunkte ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung. Seit 2014 ist Arnoud Arntz Professor für Klinische Psychologie an der Universität in Amsterdam. Er ist, zusammen mit Joan Farrell, Projektleiter der internationalen Studie, die zwei Formen der Gruppen-Schematherapie für die Borderline-Patienten miteinander und mit einer üblichen Behandlung (unter Optimalbedingungen) vergleicht. Er praktiziert als klinischer Psychologe am PsyQ Mental Health Center in Amsterdam.



© Geek Zwetsloot

**Hannie van Genderen** arbeitet seit 2016 als klinische Psychologin in eigener Praxis. Seit 2000 ist sie Direktorin von »Schematherapie opleidingen«, einem niederländischen Institut für Schematherapie, das internationale Standard- und Fortgeschrittenen-Zertifizierungs-Trainingsprogramme in Schematherapie (Einzeltherapie für Erwachsene, Kinder und Jugendliche und Gruppentherapie) organisiert. Neben der Ausbildung in Schematherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung werden spezielle Ausbildungen zu Cluster C-Störungen, Workshops zu Imaginationsübungen, Arbeit mit Stühlen, Wutmodi, Depressionen, dem gesunden Erwachsenen und der narzisstischen Persönlichkeitsstörung angeboten (siehe [www.schematherapieopleidingen.nl](http://www.schematherapieopleidingen.nl)).

Arnoud Arntz • Hannie van Genderen

# **Schematherapie bei Borderline- Persönlichkeitsstörung**

Mit E-Book inside und Arbeitsmaterialien

2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage

**BELTZ**

Prof. Dr. Arnoud Arntz  
Department of Clinical Psychology  
University of Amsterdam  
Postbus 15933  
NL-1001 NK Amsterdam

Hannie van Genderen  
Van Genderen Opleidingen BV  
Eburonenweg 42  
NL-6224 HX Maastricht

Das Original des Buches ist unter dem Titel »Schema Therapy for Borderline Personality Disorder«, 2nd Edition, bei John Wiley & Sons Limited (a company of John Wiley & Sons, Inc.) erschienen (English translation © 2020 John Wiley & Sons Ltd.).

All Rights Reserved. Authorised translation from the English language edition published by John Wiley & Sons Limited. Responsibility for the accuracy of the translation rests solely with Verlagsgruppe Beltz, Julius Beltz GmbH & Co. KG and is not the responsibility of John Wiley & Sons Limited. No part of this book may be reproduced in any form without the written permission of the original copyright holder, John Wiley & Sons Limited.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:  
ISBN 978-3-621-28929-0 Print  
ISBN 978-3-621-28930-6 E-Book (PDF)  
2. Auflage 2022

© 2022 Programm PVU Psychologie Verlags Union  
in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel  
Werderstraße 10, 69469 Weinheim  
Alle deutschsprachigen Rechte vorbehalten

Übersetzung der 1. Auflage: Janina Schweiger  
Deutsche Bearbeitung der 1. Auflage: Prof. Ulrich Schweiger, Dr. Gitta Jacob, Dr. Valerija Sipos  
Lektorat: Sophia Kremer, Anja Pils  
Umschlagbild: topform84  
Herstellung: Victoria Larson  
Satz: WMTP Wendt-Media Text-Processing GmbH, Birkenau  
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza  
Beltz Grafische Betriebe ist ein klimaneutrales Unternehmen (ID 15985-2104-100).  
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor\_innen und Titeln finden Sie unter: [www.beltz.de](http://www.beltz.de)

# Inhaltsübersicht

|  |     |
|--|-----|
| Vorwort zur ersten deutschsprachigen Auflage   | 12  |
| Vorwort zur zweiten deutschsprachigen Auflage  | 14  |
| Hinweise zur Übersetzung   | 16  |
| Danksagung   | 19  |
| Einleitung   | 21  |
| <br>   |     |
| 1 Borderline-Persönlichkeitsstörung  | 23  |
| 2 Grundlagen der Schematherapie zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung | 27  |
| 3 Behandlung   | 50  |
| 4 Therapeutische Beziehung   | 69  |
| 5 Erlebnisorientierte Techniken  | 89  |
| 6 Kognitive Techniken  | 149 |
| 7 Verhaltensbezogene Techniken   | 163 |
| 8 Spezifische Methoden und Techniken   | 168 |
| 9 Behandlungsmethoden und der jeweilige Modus  | 178 |
| 10 Schematherapie in anderen Settings und Modalitäten                                | 211 |
| 11 Abschlussphase der Therapie   | 234 |
| 12 Fazit   | 238 |
| <br>   |     |
| <b>Anhang</b>  |     |
| Literatur  | 242 |
| Übersicht und Beschreibung der Arbeitsmaterialien                                    | 248 |
| Sachwortverzeichnis  | 251 |



# Inhalt

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



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

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

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

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

# Vorwort zur ersten deutschsprachigen Auflage

Die vorliegende deutsche Ausgabe unseres Buches erfüllt uns mit großem Stolz. In den letzten drei Jahren herrschte ein reger Ideenaustausch mit den Forschergruppen an der Universität Freiburg und der Universität zu Lübeck, die Schematherapie weiterentwickeln. Wir wurden mehrfach eingeladen und hielten Workshops zum Thema Schematherapie zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Dabei wurde rasch deutlich, dass in Deutschland ein großes Interesse an der Schematherapie besteht und sich viele Therapeutinnen und Therapeuten ein klar formuliertes Schematherapie-Manual wünschen. Nach der englischen Ausgabe unseres ursprünglich auf Niederländisch erschienen Buches glaubten wir, dass dieses Buch auch in Deutschland seine Leser finden würde. Dank der Hilfe von Ulrich Schweiger, Gitta Jacob und Valerija Sipos und der zügigen und sorgfältigen Arbeit der Übersetzerin Janina Schweiger war die deutsche Ausgabe des Buches in weniger als einem halben Jahr vollendet. Wir sind ihnen für ihre Hilfe und besondere Zusammenarbeit zu großem Dank verpflichtet.

Es sind bereits mehrere Artikel und Bücher zum Thema Schematherapie in Deutschland veröffentlicht worden. Trotzdem gibt das vorliegende Buch erstmals Antwort auf die Frage, wie die Behandlung praktisch durchgeführt werden sollte – ein Aspekt, der durch bisherige Publikationen noch nicht ausreichend erläutert wurde. Dieses Buch zeigt, wie die Patientinnen in der großen niederländischen Multicenter-Studie zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung behandelt wurden. Die Studie bewies, dass die Schematherapie effektiver und kostengünstiger ist als ihre hochgeachtete Alternative, die Übertragungs-fokussierte Therapie. In den kommenden drei Jahren wird in sechs Ländern eine internationale Multicenter-Studie über Schematherapie zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung durchgeführt. Deutschland spielt dabei eine wichtige Rolle, denn dort befinden sich drei von 14 Studienzentren der insgesamt sechs Länder. Das steigende Interesse an der Schematherapie in Deutschland zeigt auch der Wunsch nach Workshops und Supervisionen. Deutschland spielt in der Internationalen Gesellschaft für Schematherapie eine prominente Rolle und stellt drei Vorstandsmitglieder. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die deutsche Community für die Schematherapie sehr wichtig geworden ist. Deshalb ehrt es uns sehr, dass die deutsche Ausgabe unseres Buches nun veröffentlicht wird. Dieses Buch ist eine praktische Leitlinie und Unterstützung für den Therapeuten bei der Anwendung der Schematherapie an Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Basierend auf Jeffrey Youngs Schema-Modus-Modell, Youngs Schematherapie und Elementen der kognitiven Therapie, sowie der erlebnisorientierten Techniken von Beck und Arntz bietet dieses Buch ein konzeptuelles Modell und ein Behandlungsmodell sowie eine Fülle an Methoden und Techniken zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Schematherapie ist nicht nur auf die krankheitsdefinierenden Symptome aus dem DSM ausgerichtet, sondern auch auf die zugrundeliegende Psychopathologie, wie z. B. Bindungsschwierigkei-

ten, selbstbestrafende Gedankengänge oder unvollständig verarbeitete Kindheitstraumata.

Die Studien bestätigen, dass die Patientinnen sich in allen Aspekten verbessern und auch ihr Niveau der automatischen Informationsverarbeitung steigern. Die Autoren vergleichen die Anforderungen ihrer Behandlung mit der Aufgabe, mit verbundenen Augen simultan Schach zu spielen und einen Flipperautomaten zu bedienen. Der Therapeut muss sich des Überflusses ständig wechselnder Faktoren aktiv bewusst sein, die bei den Problemen der Patientin eine Rolle spielen und simultan auf sie reagieren. Obwohl die Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung kompliziert ist, können Therapeuten diese Methode erlernen. Erfahrene Therapeuten mit viel Ausdauer werden sich durch das Buch mit seinen praktischen Erklärungen und Beispielen angeregt und unterstützt fühlen. Ein zentraler Punkt der therapeutischen Beziehung ist die begrenzte Übernahme der Elternrolle durch den Therapeuten. Dies bildet die Basis einer intensiven und unterstützenden Beziehung. Eine gute therapeutische Beziehung ist jedoch nicht alles. Aus diesem Grund werden viele erlebnisorientierte, interpersonelle, kognitive und behaviorale Behandlungstechniken beschrieben, die auf die Behandlung von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung angepasst wurden. Das Buch zeigt spezifische Techniken im Umgang mit sehr schwierigen Behandlungssituationen auf und unterstützt den Therapeuten im Umgang mit den vielfältigen Fallstricken. Folgenden Personen sind wir zu großem Dank verpflichtet: Jeffrey Young hielt während der niederländischen Multicenter-Studie viele Workshops. Ohne sein klinisches Verständnis und sein immenses Wissen gäbe es die Schematherapie nicht.

Weitere Personen, die uns unterstützten und Workshops zu Persönlichkeitsstörungen aus der Perspektive der kognitiven Therapie abhielten, waren Aaron Tim Beck, Christine Padesky, Kathleen Mooney und Cory Newman. Ohne unsere Kollegen im Maastrichter Zentrum für Seelische Gesundheit und ohne unsere Patientinnen wäre dieses Buch nicht möglich gewesen wäre. Nicht zuletzt war die Unterstützung unserer Familien während der Zeit des Schreibens von besonderer Bedeutung.

Maastricht, September 2009

*Arnoud Arntz & Hannie van Genderen*

# Vorwort zur zweiten deutschsprachigen Auflage

Die Schematherapie ist eine relativ neue integrative Psychotherapie, die auf kognitiven Modellen basiert und eine effektive Behandlungsform für die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) darstellt. Verschiedene Studien haben ihre Wirksamkeit und Kosteneffektivität im Vergleich zu psychodynamischen und anderen üblichen Behandlungen dokumentiert. Darüber hinaus ist die Zahl der Therapieabbrüche konstant auf einem niedrigen Niveau, was darauf hindeutet, dass die Schematherapie von den Patientinnen gut angenommen wird.

Dieses Buch bietet einen praktischen Leitfaden für die Anwendung der Schematherapie bei Patientinnen und Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Basierend auf Jeffrey Youngs Schemamodusmodell, Erkenntnissen aus der kognitiven Therapie nach Beck und erlebnisorientierten Methoden wird ein konzeptuelles Modell sowie eine Fülle von Techniken zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung vorgestellt. Die Schematherapie ist dabei nicht nur auf die krankheitsdefinierenden Symptome aus dem DSM-5 ausgerichtet, sondern umfasst auch die zugrundeliegende Psychopathologie, wie beispielsweise Bindungsschwierigkeiten, selbstbestrafende Gedankengänge oder unzureichend verarbeitete Kindheitstraumata. Die Forschung bestätigt, dass sich die Patientinnen in all diesen Aspekten sowie auf der Ebene der automatischen Informationsverarbeitung verbessern.

Wir vergleichen die Anforderungen der Behandlung mit der Aufgabe, simultan Schach zu spielen und gleichzeitig einen Flipperautomaten bedienen zu müssen: Die Therapeutin muss sich der Fülle der sich ständig verändernden Faktoren, die bei den Problemen der Patientin eine Rolle spielen, aktiv bewusst sein und simultan auf sie reagieren. Obwohl die Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung kompliziert ist, ist diese Methode gut erlernbar. Erfahrene Therapeutinnen mit gutem Durchhaltevermögen werden sich durch dieses Buch mit seinen praktischen Erklärungen und Beispielen unterstützt und angeregt fühlen. Zentral in der therapeutischen Beziehung ist das Konzept der begrenzten elterlichen Fürsorge, das die Grundlage für eine warme, kooperative Beziehung bildet. Eine gute therapeutische Beziehung allein genügt jedoch nicht. Deshalb werden zahlreiche erlebnisorientierte, interpersonelle, kognitive und verhaltenstherapeutische Techniken beschrieben, die speziell für die Behandlung von Patientinnen mit BPS angepasst wurden. Außerdem bietet das Buch spezifische Behandlungsmethoden für sehr schwierige Fälle und hilft der Therapeutin, mit den vielen Fallstricken umzugehen, die bei der Behandlung von BPS auftreten können.

Seit der Veröffentlichung der ersten Auflage dieses Buches im Jahr 2010 fanden einige wichtige Entwicklungen in der Schematherapie statt. Zudem zeigten sich in der Lehre Stolpersteine, auf die Auszubildende bei der Anwendung der Behandlung stießen. Wir stellten auch fest, dass sich sowohl der generelle Ansatz als auch die Techniken in den verschiedenen Phasen der Therapie verändern, sodass eine gründliche Überarbeitung

erforderlich war, um die neuen Erkenntnisse und Methoden zu integrieren. Der neu gefasste Ansatz führt zu einer Verkürzung der Behandlung, ohne dabei an Effektivität einzubüßen. In der Neuauflage wird beschrieben, wie die verschiedenen Techniken an die jeweilige Phase der Therapie angepasst werden sollten. Zusätzlich werden neue Aspekte für die Anwendung der Schematherapie in Gruppen, bei Paaren und bei Jugendlichen diskutiert. Die neuesten Forschungsergebnisse und ihre Implikationen für die klinische Praxis werden diskutiert, und die theoretischen Grundlagen des Schemamodusmodells werden nun ausführlicher behandelt. Es werden auch mehr Schemamodi behandelt, da viele Patientinnen zusätzliche Modi aufweisen, die nicht durch das Basis-Modell der BPS abgedeckt sind, von denen der Therapierende aber wissen sollte, wie mit ihnen umzugehen ist.

Maastricht, 2020

*Arnoud Arntz & Hannie van Genderen*



# Hinweise zur Übersetzung

Schematherapie für Patientinnen und Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung ist eine der wichtigen neuen Entwicklungen der gegenwärtigen Verhaltenstherapie. Bedeutsam aus drei Gründen:

- (1) Innerhalb der Schematherapie hat sich mit dem Moduskonzept eine interessante neue Konzeptionalisierung der Psychopathologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickelt.
- (2) Hier findet eine sehr kreative Weiterentwicklung von Methoden statt. Therapietechniken, die ursprünglich aus Gestalttherapie und Psychodrama kommen, wie Imaginationen mit weiteren Bearbeitungsschritten oder Arbeit mit zwei oder mehreren Stühlen, werden in einen spezifischen, lerntheoretisch begründeten Kontext gebracht. Damit wird gezielt ein Problem angegangen, das aus der Anwendung klassischer kognitiver Therapietechniken bei Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung gut bekannt ist: die Resistenz bestimmter Schlüsselkognitionen gegen kognitive Umstrukturierung. Durch Imagination und Rollenspieltechniken wird der ursprüngliche Kontext, in dem die Kognition entstanden ist, wieder hergestellt. Auf diese Weise wird erlebbar, dass problematische Ereignisse aus der Kindheit zwar passiert sind, aber nicht das waren, was unausweichlich passieren musste, und auch nicht das, was normalerweise passieren soll.
- (3) Die Schematherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung besticht durch ihre wachsende Evidenzbasierung. Insbesondere die große niederländische Multicenter-Studie, die auf der Grundlage des vorliegenden Manuals arbeitete, zeigte eine Reihe von bemerkenswerten Ergebnissen: Sie belegt nicht nur die grundsätzliche Wirksamkeit der Methode, sondern weist darauf hin, dass Schematherapie von den Patientinnen und Patienten gut akzeptiert wird, zu einer guten therapeutischen Beziehung führt und die Chance bietet, ein gutes Funktionsniveau und eine befriedigende Lebensqualität zu erreichen.

Innerhalb des Gebiets der Verhaltenstherapie haben zum gegenwärtigen Zeitpunkt die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT), die Schematherapie, die klassische kognitive Therapie und das »Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving« (STEPPS) Wirksamkeitsnachweise für die Anwendung ihrer jeweiligen Methoden bei Patientinnen und Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung erbringen können. Die Verhaltenstherapie kann stolz auf diese hohe Dynamik im Bereich der Therapieentwicklung sein. Sie zeigt damit, dass sie auch schwierige therapeutische Herausforderungen annehmen und erfolgreich bewältigen kann. Wir wünschen uns natürlich auch Vergleichsstudien, welche die möglichen Vorteile der einzelnen Methoden herausarbeiten und die Eignung für verschiedene Settings der Behandlung und Schweregrade der Borderline-Persönlichkeitsstörung überprüfen. Die Idee, dieses Buch zu übersetzen, entstand während eines von der Gesellschaft für Angewandte Psychologie und Verhal-

tensmedizin APV Münster organisierten, viertägigen Trainingsworkshops mit Arnoud Arntz, an dem wir (VS, GJ und US) im Februar 2009 teilnahmen. Während dieser Tage gingen wir die meisten der hier dargestellten Techniken in Theorie, Videos und Rollenspielen durch. Seitdem wissen wir nicht nur mehr, wir können Schematherapie auch mit einer persönlichen Erfahrung verbinden. Das Erleben dieser Therapietechniken mit Arnoud als therapeutischem Modell oder unter Arnouds Anleitung hat uns begeistert, überzeugt und in der Meinung bestärkt, dass Schematherapie eine der wichtigen Methoden der modernen Verhaltenstherapie ist. Die Übertragung eines Therapiemanuals in eine andere Sprache und andere Beziehungs- und Therapiekultur stellt die Übersetzer immer wieder vor Herausforderungen, die nicht perfekt lösbar sind. Deshalb hier noch einige erläuternde Anmerkungen:

- ▶ Soweit im nachfolgenden Text personenbezogene Bezeichnungen im Femininum stehen, wird diese Form verallgemeinernd verwendet und bezieht sich auf beide Geschlechter. Dies gilt besonders für die Verwendung des Begriffs »Patientin«. Aus Gründen der sprachlichen Einfachheit und Lesbarkeit sprechen wir von Patientin (weiblich). [Ergänzung des Verlags, 2. Auflage 2022: Bei dem ebenfalls häufigen Begriff »Therapeut« haben wir uns dazu entschieden, die weibliche und männliche Form kapitelweise im Wechsel zu nutzen. Wohlwissend, dass in beiden Fällen beide Geschlechter gemeint sein können.]
- ▶ Du und Sie: Innerhalb der germanischen Sprachfamilie wird die Sie-Form an vielen Orten gar nicht mehr verwendet oder nur noch sehr exponierten Personen vorbehalten. In der deutschen Sprache aber ist die Sie-Form unter Erwachsenen nach wie vor ein Standard. Nicht-Einhaltung gegenüber Patientinnen kann als Respektlosigkeit oder als Grenzverletzung verstanden werden. Andererseits gewinnen Rollenspiele und Imaginationsübungen erheblich an Glaubwürdigkeit und Erlebnisintensität, wenn die Du-Form verwendet wird. Wir haben deshalb in allen Rollenspielen, in denen die Patientin in ein Kindheitserlebnis zurückgeht, die Du-Form gewählt. Bitte beachten Sie, dass die Umsetzung dieses Vorgehens in der Therapie der Vorbereitung und des Einverständnisses der Patientin bedarf.
- ▶ Und/oder: Aus Gründen der Lesbarkeit verzichten wir auf die Formulierung »und/oder« im Text zugunsten von »oder«. Wenn also beispielsweise vom »Modus des verlassenen oder missbrauchten Kindes« die Rede ist, ist dies im Sinne von »und/oder« zu verstehen. Die Aspekte der fehlenden Unterstützung und des Missbrauchs sind zwar nicht zwingend verbunden, treten aber doch häufig zusammen auf.
- ▶ Widerstehen Sie in der Rezeption des Moduskonzepts der Gefahr der Verdinglichung (Reifizierung), auch wenn man der Einfachheit halber sagt: »Der Modus ist aktiv« oder »Was sagt der Modus dazu?«. Behalten Sie im Bewusstsein, dass ein Modus keine Sache ist, sondern ein Verhaltensprogramm, das es ohne seinen Träger (die Patientin) nicht geben würde.
- ▶ Der englische Begriff »Protector-Mode« wird in diesem Buch mit Selbstschutz-Modus übersetzt (und nicht mit Beschützer-Modus). Im Gegensatz zur englischen Sprache ist »schützen« im Deutschen nicht reflexiv. Es geht bei diesem Modus aber nicht um den Schutz anderer, sondern immer um den Selbstschutz.

- ▶ Gefühl/Emotion: Die deutschen Begriffe »Gefühl« und »fühlen« haben ein sehr breites Bedeutungsfeld. Sie können sich auf Emotionen, auf Körperwahrnehmungen und auf intuitives Wissen beziehen. Wir sprechen in dem vorliegenden Buch von Emotion immer dann, wenn nur Emotion gemeint ist. Wenn Sie eine Patientin im Kontext der Schematherapie fragen »Wie fühlen Sie sich?«, stellen Sie bitte sicher, dass die Patientin weiß, ob Sie nach einer Emotion, einer Körperwahrnehmung oder nach intuitivem Wissen fragen.
- ▶ Der Begriff »Imagery Rescripting« ist bisher in deutschsprachiger Literatur immer wie ein Markenname unübersetzt geblieben. Der Begriff ist auch in englischen Lexika bisher nicht zu finden. Er greift eine Metapher aus der Filmindustrie auf, nämlich dass man ein Drehbuch verändern kann und auch einen Film (wie beispielsweise »Smoking/Non-Smoking« von Alain Resnais) in verschiedenen Varianten zu Ende führen kann. Wir haben uns für »Bearbeitung (traumatischer) Erlebnisse in der Imagination« entschieden. Hierbei geht es weniger darum, Erinnerungen zu verändern oder zu überschreiben. Die Intention ist, erlebbar zu machen, dass das, was passiert ist, nur eine von mehreren Varianten war, die hätten passieren können. Dies ist außerordentlich hilfreich, um Überlegungen zu Verantwortung, Verursachung und Schuld zu flexibilisieren und eine Veränderung damit verbundener Emotionen zu ermöglichen. [Ergänzung des Verlags: In der zweiten Auflage 2022 wurde der Begriff mit »Imaginativem Überschreiben« übersetzt, da sich der Begriff zwischenzeitlich etabliert hat.]

Wir danken den Autoren, Arnoud Arntz und Hannie van Genderen, für die unkomplizierte Zusammenarbeit auch bei der Übersetzung dieses Buches. Dr. Svenja Wahl vom Beltz Verlag und Dale Morgan von Wiley haben sich dankenswerterweise hervorragend darum gekümmert, dass die Übersetzung seitens der Verlage rasch, effektiv und zielgerichtet möglich wurde.

Lübeck und Freiburg im Herbst 2009

*Janina Schweiger,  
Ulrich Schweiger,  
Valerija Sipos,  
Gitta Jacob*

# Danksagung

Gleichzeitig ein Buch zu verfassen und meine Aufgaben am Maastrichter Zentrum für Seelische Gesundheit zu erfüllen, hat viel Zeit gekostet. Dies war nur möglich dank der bedingungslosen Unterstützung, die ich durch meinen inzwischen verstorbenen Mann Leo Scheffer erfahren habe. Er übernahm nicht nur viele Familienpflichten, sondern half mir auch bei der Korrektur und Formulierung der Texte. Ich danke meinen Kindern Sacha und Zoe für ihre Geduld, da sie während dieser Zeit häufiger die Worte »jetzt nicht!« hörten.

Arnoud Arntz organisierte eine Vielzahl von Workshops, unter anderem mit Aaron Tim Beck, Cory Newman, Jeffrey Young, Christine Padesky, Kathleen Mooney, Joan Farrell und Ida Shaw. Dies bot mir die Möglichkeit, meine Fähigkeiten in der Behandlung von Patientinnen mit Persönlichkeitsstörungen weiter auszubilden. Besonders viel habe ich aber von Arnoud selbst gelernt, der mit seinem Enthusiasmus und seiner Beständigkeit immer neue Wege zur Behandlung »unbehandelbarer« Patientinnen, wie z. B. der Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, fand.

Ich danke meinen Kollegen von der RIAGG Maastricht, besonders Arnoud Arntz, Tonny van Gisberg und Wiesette Krol von der Borderline-Interventionsgruppe für ihre Zusammenarbeit und Unterstützung beim Erlernen der Behandlungstechniken für Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Marjon Nadort, Marleen Rijkeboer and Remco van der Wijngaart möchte ich für die vielen Jahre unserer Zusammenarbeit danken: Mit ihnen habe ich den Großteil unserer Kurse und Workshops gehalten. Zusammen haben wir immer neue Methoden gefunden, mit denen wir die Schematherapie Kollegen nahebringen konnten.

Ebenfalls bedanken möchte ich mich bei meinen Kollegen Monique Wijers, Monique Auerbach, Ina Krijgsman und meinem Schwager Igor van der Wal. Sie alle haben das gesamte Buch gelesen, kluge Fragen gestellt und Ergänzungen vorgeschlagen.

Am meisten haben die Patientinnen, die ich behandeln durfte, zu diesem Buch beigetragen. Die anonymisierten Beispiele in diesem Buch entstammen unseren Gesprächen. Ich habe viel von ihnen gelernt. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung wird leider noch nicht in dem Ausmaß akzeptiert, dass ich ihre Namen hier nennen könnte. Ihnen gehört mein herzlichster Dank!

Hannie van Genderen

Ohne meine Lehrer – darunter Hannie van Genderen, die Koautorin dieses Buches – wäre es mir niemals möglich gewesen, Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen zu behandeln. Dafür bin ich sehr dankbar. Mein besonderer Dank gilt Aaron Tim Beck, Christine Padesky, Kathleen Mooney, Cory Newman, Joan Farrell, Ida Shaw und vor allem Jeffrey Young für das, was sie uns im Rahmen der Workshops vermittelt haben. Jeffrey Young gebührt besonderer Dank, da er ein Störungsmodell entwickelt hat,

das nicht nur meinen eigenen frühen Ideen über die Borderline-Persönlichkeitsstörung entsprach. Er hat auch eine umfassende Behandlungsmethode entworfen, die jetzt Inhalt dieses Buches ist. Ich danke meinen Forschungs- und Therapiekollegen, unter ihnen meinen Doktorandinnen Laura Dreessen, Aniek Weertman, Simkje Sieswerda, Joos Bloo, Thea van Asselt, Marjon Nadort, Lotte Bamelis und Jill Lobbestael, für ihre Hilfe bei der Entwicklung der Therapie und Erforschung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ebenfalls danken möchte ich meinen Assistenten und Praktikanten für ihre Mitarbeit bei vielen Projekten, sowie besonders den Patientinnen, die an der Behandlung und den wissenschaftlichen Studien teilgenommen haben. Mit ihrer Hilfe konnten wir einen Einblick in ihre komplexen Probleme und deren Behandlung gewinnen.

Dieses Buch wäre nicht entstanden ohne die Möglichkeiten, die uns das Maastrichter Zentrum für Seelische Gesundheit und für die akademischen Projekte das Forschungsinstitut für Experimentelle Psychopathologie der Universität Maastricht geboten hat. Weiterhin sind wir außerordentlich dankbar für die Zuwendung durch den holländischen Nationalfond für seelische Gesundheit, sowie durch den Fond zur Entwicklung der Medizin der Pflegeversicherungen. Ihre Projektmittel ermöglichten das Training der Therapeuten für die Multicenter-Studie und die Durchführung der Studie, welche die Effektivität und das Kosten-Nutzen-Verhältnis der in diesem Buch dargestellten Behandlung prüfte.

Dank schulde ich auch Kyra Sendt und Jolijn Drost für ihre Hilfe bei der Übersetzung des ursprünglich auf Holländisch geschriebenen Buches ins Englische.

Arnoud Arntz

# Einleitung

Bis vor Kurzem galten Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) als besonders schwierig zu behandeln. Man betrachtete sie als Personen, denen entweder durch eine Therapie gar nicht geholfen werden konnte oder bei denen bestenfalls geringe Behandlungserfolge erzielt werden konnten. Zugleich stellen die Betroffenen hohe Anforderungen an die medizinische und psychiatrische Versorgung und weisen eine hohe Quote an Therapieabbrüchen auf.

In diesem Buch wird eine Behandlungsform für Patientinnen mit BPS beschrieben, die in den meisten Fällen zu einer Genesung von dieser Störung oder zu einer deutlichen klinischen Verbesserung führt. Die Schematherapie führt nicht nur zu einer Reduktion der BPS-Symptome, sondern auch zu nachhaltigen Veränderungen in der Persönlichkeit der Patientin.

In Kapitel 1 wird die BPS definiert und beschrieben, dem folgt eine Diskussion über die Ätiologie dieser Störung.

In Kapitel 2 wird der Einsatz von Schematherapie, wie sie von Jeffrey Young entwickelt wurde, für die BPS erläutert. Die Behandlung basiert auf dem Schema-Modus-Modell. Die verschiedenen Schemamodi für BPS-Betroffene werden in diesem Kapitel beschrieben.

In Kapitel 3 werden die Ziele und verschiedenen Phasen der Therapie erläutert. In den Kapiteln 4–8 werden diverse Behandlungsmethoden und Techniken besprochen.

In Kapitel 4 geht es darum, die therapeutische Beziehung als ein Instrument der Veränderung zu verstehen. Auch das wesentliche Konzept der begrenzten elterlichen Fürsorge – ein zentraler Punkt der Schematherapie – wird ausführlich besprochen.

Kapitel 5 beschreibt erlebnisorientierte Techniken, die das Erleben nutzen, um Veränderung zu bewirken. Diese Techniken sind: imaginatives Überschreiben; Rollenspiele; die Zwei-oder-Mehr-Stühle-Technik; und das Erleben und Ausdrücken von Gefühlen.

Kognitiven Techniken werden in Kapitel 6 beschrieben und erläutert. Da es zu diesen Techniken sehr viel Literatur gibt, werden sie hier nur kurz beschrieben. Gleiches gilt für die, in Kapitel 7 beschriebenen, verhaltenstherapeutischen Techniken.

Kapitel 8 befasst sich mit einer Reihe von spezifischen therapeutischen Methoden und Techniken. Diese sind zwar nicht für alle BPS-Patientinnen relevant, können aber für bestimmte Patientinnen und Anwendungen wichtig und nützlich sein.

In Kapitel 9 wird erläutert, welche Techniken für die einzelnen Schema-Modi am besten geeignet sind. Die Kunst, verschiedene Modi in einer einzigen Sitzung anzugehen, wird ebenfalls in diesem Kapitel besprochen.

Die neuesten Entwicklungen auf dem Gebiet der Schematherapie werden in Kapitel 10 erläutert. Insbesondere werden die Gruppen-Schematherapie und die Schematherapie mit Paaren, bei denen einer der beiden Partner eine BPS hat, besprochen. Es wird auch kurz auf die Anwendung der Schematherapie in tagesklinischen und stationä-

ren Einrichtungen eingegangen, auf den Einsatz nonverbaler Therapien als Ergänzung zur Schematherapie und auf die Anwendung der Schematherapie bei Kindern und Jugendlichen sowie bei älteren Menschen.

Kapitel 11 befasst sich mit der letzten Phase der Therapie, welcher die Patientin keine BPS mehr hat, aber vielleicht einige der Persönlichkeitsmerkmale und/oder Bewältigungsstrategien beibehält, die weiteren positiven Veränderungen im Weg stehen könnten.

Kapitel 12 enthält die Zusammenfassung und Schlussfolgerung.

- 1.1 Was ist eine Borderline-Persönlichkeitsstörung?
- 1.2 Prävalenz und Komorbidität
- 1.3 Entwicklung der Borderline-Persönlichkeitsstörung

### **1.1 Was ist eine Borderline-Persönlichkeitsstörung?**

Patientinnen und Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) haben in nahezu allen Bereichen ihres Lebens Probleme. Sie haben Probleme mit ihren Beziehungen, mit labilen Stimmungslagen, einem diffusen Identitätsgefühl und impulsiven Verhaltensweisen. Wutausbrüche und Krisen gehören zu ihrem Alltag. Obwohl viele BPS-Patientinnen intelligent und kreativ sind, gelingt es ihnen nur selten, ihre Talente erfolgreich einzusetzen. Häufig haben sie nur eine unvollständige Ausbildung und bleiben daher oft erwerbslos. Falls sie doch arbeiten, dann oft auf einem Niveau, das weit unterhalb ihrer Fähigkeiten liegt. Betroffene haben zudem ein erhebliches Risiko für selbstgefährdendes Verhalten, etwa durch Selbstverletzung oder Substanzmissbrauch. Das Suizidrisiko in dieser Patientengruppe ist hoch, etwa 10 % sterben als Folge eines Suizidversuchs (Paris, 1993).

In diesem Buch werden die Kriterien des DSM-5 für die Diagnose der BPS verwendet und nicht die psychoanalytische Definition der Borderline-Persönlichkeitsorganisation (Kernberg, 1976, 1996; Kernberg et al., 1989). Letztere umfasst eine Reihe von Persönlichkeits- sowie Achse-I-Störungen und ist daher viel zu umfangreich für die hier beschriebene spezifische Behandlungsform der BPS. Dem DSM-5 zufolge müssen Patientinnen mindestens fünf der neun in der Übersicht aufgelisteten Kriterien erfüllen, damit die Diagnose einer BPS gestellt werden kann. Hauptcharakteristikum der DSM-5-Definition der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist die Instabilität im Bereich der interpersonellen Beziehungen, des Selbstbildes, der Emotionen und der Fähigkeit, das eigene Verhalten, insbesondere die eigenen Impulse, zu kontrollieren.



## ■ Übersicht • Diagnostische Kriterien für die Borderline-Persönlichkeitsstörung F60.3 nach DSM-5

Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter, und das Muster zeigt sich in verschiedenen Situationen. Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

- (1) Verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden. (Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.)
- (2) Ein Muster instabiler und intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
- (3) Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
- (4) Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstbeschädigenden Bereichen (Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, »Essanfälle«). (Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.)
- (5) Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.
- (6) Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z. B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).
- (7) Chronische Gefühle von Leere.
- (8) Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
- (9) Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

Abdruck erfolgt mit Genehmigung vom Hogrefe Verlag Göttingen aus dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, © 2013 American Psychiatric Association, dt. Version © 2018 Hogrefe Verlag.

### 1.2 Prävalenz und Komorbidität

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist eine der häufigsten psychischen Störungen bei Patientinnen, die sich in ambulanter oder stationärer Behandlung befinden. Die Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung wird auf 1,1 bis 2,5 % geschätzt und variiert in der klinischen Population je nach Setting zwischen 10 % bei ambulanten und 20 bis 50 % bei stationären Patientinnen. Dennoch wird die Diagnose einer BPS in vielen Fällen erst

spät oder gar nicht gestellt. Dies könnte auf die hohe Komorbidität und andere mit Störung verbundene Probleme zurückzuführen sein, die den diagnostischen Prozess zusätzlich erschweren.

Die Komorbidität in dieser Patientengruppe ist hoch und vielgestaltig. Im Bereich der Achse-I-Störungen finden sich häufig Depressionen, Essstörungen, Soziale Phobie, PTBS oder Beziehungsprobleme. Tatsächlich kann man sämtliche oder einzelne dieser Störungen in stärkerer oder schwächerer Form im Zusammenhang mit einer BPS erwarten.

Jede Persönlichkeitsstörung kann komorbid zur BPS auftreten. Häufig tritt eine BPS in Kombination mit vermeidenden, abhängigen, narzisstischen, antisozialen, histrionischen und paranoiden Störungen auf (Layden et al., 1993).

**Reviews und Studien.** Dreessen und Arntz (1998), Mulder (2002) und Weertman et al. (2005) haben gezeigt, dass die Behandlung von Angststörungen und affektiven Störungen möglich ist, auch wenn komorbid eine Persönlichkeitsstörung vorliegt. Im Falle der BPS muss man jedoch darauf bedacht sein, nur die Achse-I-Störung zu behandeln. Die BPS ist eine schwerwiegende Erkrankung, die zu permanenten Störungen im Leben der Patienten führt und die mit zahlreichen Krisen und Suizidversuchen einhergeht, was die übliche Behandlung von Achse-I-Störungen beschwerlich macht. Symptome und Beschwerden der Achse-I-Störungen ändern sich oft in ihrer Erscheinungsform und in ihrem Ausmaß, was den diagnostischen Prozess zusätzlich erschwert. Daraus resultiert oft, dass die Behandlung der BPS Vorrang hat. Störungen, die in der Behandlung Priorität gegenüber der BPS haben sollten, sind in Abschnitt 2.3 »(Kontra-)Indikationen« beschrieben.

### 1.3 Entwicklung der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die Mehrheit der Patientinnen und Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) hat in ihrer Kindheit sexuellen, körperlichen oder emotionalen Missbrauch und emotionale Vernachlässigung erlebt; sexuellen Missbrauch, insbesondere im Alter zwischen 6 und 12 Jahren (Herman et al., 1989; Hernandez et al., 2012; Lobbestael et al., 2010; Ogata et al., 1990; Weaver & Clum, 1993). Es ist wesentlich schwieriger, emotionalen Gewalt und Vernachlässigung bei BPS-Patienten zu identifizieren als sexuellen Missbrauch oder körperliche Misshandlung. Emotionaler Missbrauch und Vernachlässigung bleiben oft verborgen oder werden vom BPS-Patientinnen aus einem Gefühl der Loyalität gegenüber den Eltern oder aufgrund eines Mangels an Wissen darüber, was eine normale, gesunde Kindheit beinhaltet, nicht anerkannt. Diese Patientinnen wissen nicht, was sie versäumt haben, weil sie nie das Gefühl hatten, geliebt, akzeptiert und umsorgt zu werden. Wenn später im Leben jemand versucht, ihnen Liebe und Akzeptanz zu vermitteln, reagieren sie mitunter negativ auf diese Person (d. h. den Therapeuten). Diese traumatischen Erfahrungen in Kombination mit dem Temperament, der unsicheren Bindung, dem Entwicklungsstand des Kindes sowie der sozialen Situation, in der das Geschehene stattfand, führen beim Patienten zur Entwicklung dysfunktionaler Interpretationen in Bezug auf sich selbst und andere (Arntz et al., 2011; Zanarini, 2000).

Patientinnen mit BPS haben einen desorganisierten Bindungsstil. Dieser ergibt sich aus der unlösbaren Situation, die sie als Kind erlebt haben, in der ein Elternteil sowohl eine Bedrohung oder Gefahr, als auch ein potenzieller sicherer Hafen darstellte (van IJzendoorn et al., 1999). Von einem kognitiven Standpunkt aus gesehen, resultiert eine BPS aus einer Kombination von dysfunktionalen Schemata und Bewältigungsstrategien (z. B. Arntz et al., 2011).

Patientinnen mit BPS leiden unter einer sehr ernsten und komplexen Problematik. Ihr unberechenbares Verhalten erschöpft ebenfalls das Mitgefühl und die Ausdauer von Familie und Freunden, weshalb das Leben nicht nur für die Patientinnen selbst schwer ist, sondern auch für die Menschen in ihrem Umfeld.

Zuweilen ist das Leben so schwer, dass die Patientin letztendlich aufgibt (Suizid), oder ihr soziales Unterstützungssystem gibt auf und bricht den Kontakt zu der Patientin ab. Die Behandlung von BPS-Patientinnen ist häufig auch für das psychosoziale Pflegepersonal ermüdend, vor allem, wenn es keine wirksamen Behandlungsmethoden gibt. Die gute Nachricht ist, dass in den letzten Jahrzehnten wirksame Behandlungsmethoden entwickelt wurden, und dabei ist die Schematherapie eine der erfolgreichsten.

Die Schematherapie bietet BPS-Patientinnen und Therapeutinnen ein Behandlungsmodell, in dem der Patientin geholfen wird, die von ihr geschaffenen dysfunktionalen Muster zu durchbrechen und ein gesünderes Leben zu führen. Das Modell ermöglicht es, den Patientinnen und Therapeutinnen zu verstehen, wie frühe Kindheitserfahrungen mit den gegenwärtigen Schwierigkeiten zusammenhängen und bietet Halt für die ansonsten überwältigenden und schwer zu verstehenden Probleme. Die Behandlung von BPS-Patientinnen mit der Schematherapie erleichtert es, das dysfunktionale Verhalten der Patientinnen zu verstehen, und sie gibt der Therapeutin viele Werkzeuge zur Behandlung der Patientinnen an die Hand.

- 2.1 Entwicklung der Schematherapie zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung
- 2.2 Forschungsergebnisse
- 2.3 (Kontra-)Indikationen
- 2.4 Theoretische Grundlagen der Schematherapie
- 2.5 Schemamodi

### 2.1 Entwicklung der Schematherapie zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Vor der Entwicklung spezieller psychotherapeutischer Verfahren für die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS), wie der Schematherapie (ST), wurde die BPS hauptsächlich aus einer psychoanalytischen Perspektive behandelt. Dies änderte sich in den späten 1980er-Jahren, als einerseits kognitive Verhaltenstherapeuten begannen, die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen mithilfe der Kognitiven Verhaltenstherapie zu erforschen, und andererseits tiefenpsychologisch orientierte Therapeutinnen und Therapeuten speziell an die BPS angepasste Varianten der psychodynamischen Therapie entwickelten.

Die wichtigsten Entwicklungen hinsichtlich spezialisierter Psychotherapien für BPS-Patientinnen, die in dieser Ära entstanden, waren die Formulierung und empirische Validierung der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT; Linehan et al., 1991; Linehan, 1993), die Entwicklung der Übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP; Kernberg et al., 1989), die Entwicklung der Mentalisierungsbasierten Therapie (MBT; Bateman & Fonagy, 2004) und die Entwicklung der Kognitiven Therapie für Persönlichkeitsstörungen. Die Anwendung der Kognitiven Therapie zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen wurde erstmals von Aaron Beck und Kollegen in ihrem Werk »Cognitive Therapy of Personality Disorders« (1990) vorgestellt. Im selben Jahr stellte Jeffrey Young eine neue Form der kognitiven Therapie vor, die er zunächst als »Schemafokussierte Therapie«, und später als »Schematherapie« bezeichnete (Young, 1990, 1994). Er erweiterte dieses therapeutische Modell im Folgenden durch die Einführung von Schemamodi (Young et al., 2003). Seine Theorie basiert auf einer Kombination von Erkenntnissen aus kognitiven, verhaltenstherapeutischen, psychodynamischen, humanistischen und entwicklungspsychologischen (einschließlich bindungstheoretischen) Ansätzen. Die eigentliche Behandlung basiert hauptsächlich auf der Kognitiven Verhaltenstherapie und Tech-