

International Psychoanalytic University, Berlin

Master of Arts (M.A.) in Psychologie

Hausarbeit

„Interventionen bei Therapien der Borderline-Störung:

**Vergleich von Schematherapie und
Übertragungsfokussierter Therapie“**

Prof. Dr. Benigna Gerisch

Modul 6: Einführung in die psychotherapeutische Intervention

von

Nils Svensson

Matrikelnummer 1863
nils.svensson@ipu-berlin.de

eingereicht am 30. April 2014

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
2	Grundlagen der therapeutischen Modelle.....	2
2.1	Die Übertragungsfokussierte Psychotherapie	2
2.2	Die Schematherapie.....	3
3	Strategische Prinzipien der TFP	5
3.1	Prinzip 1: Definieren der dominanten Objektbeziehungen	5
3.2	Prinzip 2: Beobachten und Deuten der Rollenwechsel beim Patienten	7
3.3	Prinzip 3: Beobachten und Deuten der Zusammenhänge zwischen sich gegenseitig abwehrenden Objektbeziehungsdyaden.....	8
3.4	Prinzip 4: Arbeit an der Fähigkeit des Patienten, Beziehungen anders zu erleben 8	
4	Die Interventionen der Übertragungsfokussierten Psychotherapie aus Sicht der Schematherapie	9
4.1	Umgang mit technischer Neutralität.....	9
4.2	Integration von Gegenübertragungsmaterial in die interpretativen Prozesse	10
4.3	Die Wahrung des therapeutischen Rahmens	11
4.3.1	Vermeiden von Agieren während der Sitzung	11
4.3.2	Ausschalten von sekundärem Krankheitsgewinn	12
4.4	Übertragungsanalyse	13
4.4.1	Analyse der negativen Übertragungen	13
4.4.2	Analyse der positiven Übertragungen	13
4.4.3	Analyse der primitiven Abwehrmechanismen.....	14
4.5	Interpretative Prozesse: Klärung, Konfrontation und Deutung.....	14
4.5.1	Klärung	14
4.5.2	Konfrontation	15
4.5.3	Deutung.....	15
5	Übersichtsdarstellung der schematherapeutischen Interventionen nach Young	17
6	Empirische Ergebnisse zum Vergleich beider Therapieformen.....	18
7	Diskussion und Ausblick.....	19
8	Literaturverzeichnis	21

Zusammenfassung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung wird von den verschiedenen psychotherapeutischen Schulen untersucht. Aufgrund der Schwere der Störung und der in der Vergangenheit oft wenig erfolgreichen Therapieansätze wurden speziell auf das Störungsbild zugeschnittene manualisierte Verfahren entwickelt. Die Interventionen zweier dieser Verfahren, der Übertragungsfokussierte Psychotherapie nach Kernberg und Clarking und der Schematherapie nach Young, werden vorgestellt und verglichen. Eine empirische Vergleichsuntersuchung der beiden Verfahren wird vorgestellt.

1 Einleitung

Die Therapie der Borderline-Störung gehört zu den anspruchsvollsten Aufgaben für Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Es werden zunehmend spezifische Behandlungsformen in den verschiedenen psychotherapeutischen Schulen entwickelt, um möglichst gut auf die spezifischen Schwierigkeiten der Patienten eingehen zu können. In einer hilfreichen Übersicht gibt Dammann (2007) vier Modelle zur Erklärung der Borderline Störung:

1. als „strukturelle Störung im Bereich von Stabilität und Reife der Persönlichkeitsorganisation“ mit den Hauptmerkmalen der Identitätsdiffusion und der Spaltungsphänomene. Dafür wurde die Übertragungsfokussierte Psychotherapie (engl. Transference-focused Psychotherapy, TFP) von u.a. Otto F. Kernberg entwickelt, die zur psychoanalytischen Schule zählt.
2. als „(vorwiegend biologisch bedingte) Emotionsregulationsstörung“ mit den Hauptmerkmalen der impulsiven und dysfunktionalen Verhaltensweisen. Dafür entwickelte Marsha M. Linehan die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT), die zum Spektrum der Verhaltenstherapien zählt.
3. als „(chronisch, komplexe) posttraumatische Belastungsstörung“ mit dem Hauptmerkmal der einbrechenden, nicht integrierten Teilpersönlichkeiten. Unter diesem Aspekt wird traumatherapeutisch mit den Patienten gearbeitet.
4. als Mentalisierungs- und Bindungsstörung mit dem Hauptmerkmal, dass das Denken und Fühlen als Kind nicht adäquat gelernt werden konnte, weil eine ausreichend gut funktionale Bezugsperson gefehlt hat. Unter diesem Schwerpunkt haben Fonagy und Bateman die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) entwickelt, die ebenfalls zur psychoanalytischen Schule gezählt wird.

Mit der Schematherapie hat Jeffrey Young eine Form der Psychotherapie entwickelt, die ihre Heimat zwar unter dem Dach der Verhaltenstherapie hat, aber hochintegrativ die unterschiedlichen theoretischen und praktischen Implikationen der Schulen zusammenführt (Roediger & Dornberg, 2011).

Als zentrales Konstrukt der TFP beschreiben Clarkin, Yeomans, Kernberg, Holler und Buchheim (2008, S. 55) die Arbeit an biografisch früh entstandenen emotionalen Konflikten:

Vergleich von Schematherapie und Übertragungsfokussierter Therapie

„In der Übertragungsbeziehung verschiebt der Patient internalisierte Reaktionsmuster aus der Vergangenheit in Form von Wahrnehmungen, Haltungen, Affekten und Phantasien auf den Therapeuten.“ Eine ähnliche Definition für den zentralen Arbeitsbereich der Schematherapie bieten Young, Klosko und Weishaar (2008, S. 36) in der Beschreibung der Schemata: „Kurz gesagt sind frühe maladaptive Schemata schädigende emotionale und kognitive Muster, die früh in unserer Entwicklungszeit entstehen und unser ganzes Leben lang erhalten bleiben.“

Die vorliegende Arbeit stellt den Versuch eines Vergleichs der Interventionen zwischen TFP und Schematherapie dar. Der Autor praktiziert Schematherapie mit unterschiedlichen Patientengruppen und lernt die psychoanalytische Denkweise im Rahmen der universitären Ausbildung zum Master of Arts an der International Psychoanalytic University in Berlin kennen. Daher wird hier der Versuch unternommen, entlang der Manualinstruktionen der Übertragungsfokussierten Psychotherapie eine begründete Stellungnahme aus Sicht eines Therapeuten zu entwickeln, der praktische Erfahrungen in der Behandlung von Patienten mit der Schematherapie besitzt. Möglichst weitgehend wird dabei auf die Literatur zur Schematherapie verwiesen.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit nur die männliche Form verwendet.

2 Grundlagen der therapeutischen Modelle

2.1 Die Übertragungsfokussierte Psychotherapie

Die TFP basiert auf dem Modell der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie. Clarkin et al. (2008) schreiben dazu:

In der Objektbeziehungstheorie wird davon ausgegangen, dass die von Freud beschriebenen Triebe – Libido und Aggression – immer in Bezug auf einen spezifischen Anderen – ein Objekt – erlebt werden. [...] Das Selbst, der Andere und der sie verbindende Affekt bilden eine Objektbeziehungsdyade. (S. 1)

Nach der Objektbeziehungstheorie werden diese Objektbeziehungsdyaden in der Kindheit im Zustand starker Affekte gelernt und zunächst in nur-gute und nur-schlechte gruppiert: „Die befriedigenden Erfahrungen des Kindes gehen mit dem idealen Bild eines perfekt nährenden Anderen sowie eines zufriedenen Selbst einher, während frustrierende Erfahrungen ein ausschließlich negatives Bild eines versagenden oder gar missbrauchenden

Vergleich von Schematherapie und Übertragungsfokussierter Therapie

Anderen sowie eines bedürftigen, hilflosen Selbst entstehen lassen“ (Clarkin et al., 2008, S. 4).

Im Lauf einer gesunden Entwicklung werden diese beiden getrennten Bilder des Subjekts und der (Teil-)Objekte zu einem flexibel einsetzbaren Gesamtbild integriert. Bei Kindern, die eine Borderline-Persönlichkeitsstörung ausbilden, finden diese Integrationsprozesse nicht statt. „Stattdessen wird die Trennung zwischen idealisierten und verfolgenden Anteilen der hochaffektiv besetzten Erfahrungen zu einer stabilen, wenngleich pathologischen intrapsychischen Struktur“ (Clarkin et al., 2008, S. 5).

Es entwickelt sich ein Hass auf die versagenden Objekte, also ein Wunsch zu zerstören, was als schädigend wahrgenommen wird. Um die guten Selbst- und Objektrepräsentanzen zu schützen, müssen sie von den schlechten getrennt werden. „Bei dieser Trennung handelt es sich um den inneren Mechanismus der Spaltung, der ... eine zentrale Stellung in der Pathologie der Borderline-Persönlichkeit einnimmt“ (Clarkin et al., 2008, S. 6).

Die pathologische Persönlichkeitsentwicklung wird durch folgende Faktoren begünstigt (Clarkin et al., 2008, S. 6-9): (1) eine abnorm verzerrte Bindung zwischen Kind und Bezugsperson, die zu überwältigenden negativen Affekten beim Kind und zur Entwicklung entsprechender Abwehrmechanismen führt, (2) ein ungünstiges Temperament des Kindes mit einer niedrigen Schwelle für die Aktivierung schmerzlicher Affekte und einer hohen Intensität affektiver Reaktionen auf äußere Stimuli, (3) ein Defizit bei der Entwicklung kognitiver Fähigkeiten zu Aufmerksamkeitsregulierung und Affektkontrolle (effortful control), (4) ein Charakter, der durch einen geringen Grad an Flexibilität von Verhaltensmustern über unterschiedliche Umweltbedingungen hinweg gekennzeichnet ist, (5) die Entwicklung einer Identität, deren Selbstrepräsentanzen gegensätzliche Attribute nicht integrieren können, (6) traumatische Erfahrungen von sexuellem Missbrauch, Vernachlässigung, Gleichgültigkeit oder Empathiemängeln, (7) ein ungünstiges System internalisierter Werte als moralischer Kompass aus elterlichen Ge- und Verboten.

2.2 Die Schematherapie

Die Schematherapie bietet zwei Hauptmodelle, mit denen sie menschliches Erleben und Verhalten erklärt: Das Schemamodell und das Modusmodell.

Vergleich von Schematherapie und Übertragungsfokussierter Therapie

Das Schemamodell beschreibt den Erwerb und die spätere Aktivierung von überdauernden Reiz-Reaktions-Mustern und kann als trait-Modell verstanden werden. Aktuell sind in Deutschland 18 Schemata faktorenanalytisch bestätigt. Die Entstehung der Schemata wird von drei Faktoren beeinflusst: (1) von der Erfüllung zentraler emotionaler Bedürfnisse, (2) von frühen Erlebnissen und (3) vom emotionalen Temperament des Kindes (Young et al., 2008, S. 38-42).

Anhand der zentralen Bedürfnisse werden die 18 Schemata in fünf Domänen aufgeteilt: „Bedürfnisse (1) nach einer sicheren Bindung, (2) nach Autonomie und Kompetenz, (3) nach echtem Selbstausdruck von Bedürfnissen und Emotionen, (4) nach Spontaneität und Spiel und (5) nach realistischen Grenzen“ (Young et al., 2008, S. 233).

In den Domänen wurden folgende Schemata faktorenanalytisch gefunden (Young et al., 2008, S. 45-49):

- Domäne 1: Abgetrenntheit und Ablehnung
(1) Verlassenheit/Instabilität, (2) Misstrauen/Missbrauch, (3) Emotionale Entbehrung, (4) Unzulänglichkeit/Scham, (5) Soziale Isolierung
- Domäne 2: Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung
(6) Abhängigkeit/Inkompetenz, (7) Verletzbarkeit, (8) Verstrickung/Unterentwickeltes Selbst, (9) Versagen
- Domäne 3: Beeinträchtigungen im Umgang mit Begrenzungen
(10) Anspruchshaltung/Grandiosität, (11) Unzureichende Selbstkontrolle/Selbstdisziplin,
- Domäne 4: Fremdbezogenheit
(12) Unterwerfung, (13) Selbstaufopferung, (14) Streben nach Zustimmung und Anerkennung
- Domäne 5: Übertriebene Wachsamkeit und Gehemmtheit
(15) Negativität/Pessimismus, (16) Emotionale Gehemmtheit, (17) Überhöhte Standards/Übertrieben kritische Haltung, (18) Bestrafung

Zu den vier Arten von schemafördernden frühen Erlebnissen zählen (1) die schädigende Nichterfüllung von Bedürfnissen, (2) die Traumatisierung oder Viktimisierung, (3) die übermäßige Verwöhnung bei fehlenden realistischen Grenzen, sowie (4) die

Vergleich von Schematherapie und Übertragungsfokussierter Therapie

Internalisierung oder Identifikation mit (schädlichen Anteilen) einer wichtigen Bezugsperson (Young et al., 2008, S. 39ff.).

Aus der Anwendung des Schemamodells bei Patienten mit schweren Störungen entstand das zunehmend wichtige Modusmodell (Young et al., 2008, S. 339), das die (schnell) wechselnden aktuellen Zustände des Patienten im Sinne eines state-Modells beschreibt. „Die Modi stellen aktuell aktivierte, komplexe Erlebenszustände einschließlich ihrer Verhaltenstendenzen dar, die bei Borderline-Patienten triggerabhängig relativ rasch wechseln können, während die Schemata im Hintergrund stabil bleiben“ (Roediger, 2011, S. 96). Die Modi teilen sich auf in sog. Kind-Modi, maladaptive Bewältigungsmodi, maladaptive internalisierte Eltern-Modi und den integrierten Modus („gesunder Erwachsener“).

Die Kind-Modi repräsentieren (primäre) emotionale Anteile des Patienten (verletzbar, ärgerlich oder wütend, impulsiv-undiszipliniert, glücklich) und werden durch situative Auslöser aktiviert, die häufig den Inneren-Eltern-Modi entsprechen. Die Eltern-Modi werden als strafend oder fordernd klassifiziert und können jeweils nach innen oder nach außen gerichtet sein. Sie stellen den dysfunktionalen Kern der internalisierten realen Eltern dar, nicht die funktionalen Anteile. Um die unangenehmen Kind-Modi nicht spüren zu müssen, entwickelt der Patient Bewältigungsmodi, die sich anhand der aus dem Tiermodell beobachtbaren Reaktionsmuster in Vermeiden (flight), Überkompensation (fight) und Erdulden (freeze) aufteilen (Roediger, 2011, S. 102).

Durch die Arbeit mit den Modi können die Schemata vom Patienten verstanden und längerfristig erfolgreich verändert werden. „Das Ziel der Therapie ist, die funktionalen Grundtendenzen der Bewältigungsmodi unter der Führung des Gesunden Erwachsenen dosiert, situationsangemessen und flexibel einzusetzen“ (Roediger, 2011, S. 100).

3 Strategische Prinzipien der TFP

3.1 Prinzip 1: Definieren der dominanten Objektbeziehungen

„Das erste strategische Prinzip der Therapie sieht vor, dem Patienten aufmerksam zuzuhören, seine Art der Beziehungsaufnahme zum Therapeuten zu beobachten und schrittweise die dominanten Objektbeziehungen des Patienten im Hier und Jetzt der therapeutischen Interaktion zu definieren“ (Clarkin et al., 2008, S. 36).

Dazu sind in der TFP vier Schritte vorgesehen: (1) Erleben und Tolerieren der Verwirrung der inneren Welt des Patienten, wie sie sich in der Übertragung offenbart, (2)

Vergleich von Schematherapie und Übertragungsfokussierter Therapie

Erkennen der dominanten Objektbeziehungen, (3) Benennen der Akteure, (4) Beachten der Reaktion des Patienten.

Schematherapeutisches Vorgehen

Zu (1): „Der Prozess der Informationssammlung erinnert manchmal mehr an eine Achterbahnfahrt als an einen Sonntagsspaziergang“ (Arntz & van Genderen, 2010, S. 23). Der Verwirrung des Patienten kann der Schematherapeut mit dem Modusmodell ein verständliches und strukturierendes Konzept gegenüberstellen, in das sich die schnell wechselnden Zustände einordnen lassen.

Zu (2): Während des diagnostischen Prozesses können in der Schematherapie unterschiedliche Methoden verwendet werden. Zum Einsatz kommen anamnestische Gespräche, die therapeutische Beziehung im Sinne von Übertragung und Gegenübertragung (Roediger, 2011, Kapitel 4.4; Young et al., 2008, Kapitel 6), das Verhalten in der therapeutischen Sitzung (Rafaeli, Bernstein, Young & Plata, 2013, Kapitel 18), spezielle Fragebögen (nach Young et al. (2008, S. 114-119): Young Schema Questionnaire YSQ-L3 für die Einschätzung der Schemata, Young Parenting Inventory YPI zur Beurteilung des Elternverhaltens als mögliche Auslöser von Schemata, Young-Rygh Avoidance Inventory zur Ermittlung von Vermeidungsverhalten und das Young Compensation Inventory zur Ermittlung der Tendenz zur Schemaüberkompensation), Imaginationsarbeit mit Affektbrücken aus dem heute in die Kindheit und Stuhlarbeit zur Identifikation der Modi.

Zu (3): Die Erkenntnisse der diagnostischen Phase werden dem Patienten transparent mitgeteilt. Informationen zu den aufgedeckten Schemata und den dazugehörigen Modi werden mit dem Patienten besprochen. Auf einem Flipchart wird das Moduskonzept des Patienten während des gesamten Therapieverlaufs nachvollziehbar eingetragen und festgehalten. Dadurch sind Kind-, Eltern- und Bewältigungsmodi verfügbar und leichter auf den Alltag zu übertragen.

Zu (4): Der Schematherapeut beobachtet den Patienten, um auf Moduswechsel während der Therapie reagieren zu können und diese therapeutisch zu nutzen. Während der Stuhlarbeit soll der Patient gezielt bestimmte Modi herstellen. Auch hier muss der Therapeut eventuelle Moduswechsel erkennen können, um mit dem Patienten dann den passenden Stuhl für den aktuellen Modus zu finden.

Vergleich von Schematherapie und Übertragungsfokussierter Therapie

Während der Phase der Diagnostik wird ein Fallkonzept entwickelt, das wichtige Informationen zur Lebensgeschichte und der aktuellen Situation des Patienten, sowie Verknüpfungen zu den Schemata und Modi, und die Beschreibung der therapeutischen Beziehung enthält (Young et al., 2008, S. 103-108).

3.2 Prinzip 2: Beobachten und Deuten der Rollenwechsel beim Patienten

Die Bezeichnung „Rollenwechsel“ bezieht sich in der TFP auf den Austausch der Subjekt- und Objektposition zwischen Patient und Therapeut innerhalb einer Objektbeziehungsdyade. Clarkin et al. (2008, S. 43) schreiben dazu: „Es ist zu einem Rollenwechsel gekommen, wobei dieselbe Selbst-Objekt-Dyade aktiviert bleibt, aber mithilfe von projektiven und introjektiven Mechanismen die Rollen vertauscht wurden.“

Aus Sicht der Schematherapie wird jeder Rollenwechsel als Moduswechsel interpretiert. Das Modusmodell erlaubt eine schnelle Klassifikation von gezeigtem Verhalten in Verbindung mit der psychodynamischen Bedürfnisstruktur, die sich in den Schemata ausdrückt. Ein Fallbeispiel aus Roediger (2011, S. 131) soll dies verdeutlichen:

Der Therapeut thematisiert das nahende Ende der stationären Behandlung, um mit der Patientin die Weiterbehandlung zu besprechen. Zunächst dominiert in der Patientin das Verletzbare Kind und sie fordert (zusammen mit den nach außen gerichteten Fordernden Eltern) eine Therapieverlängerung. Als der Therapeut diese ablehnt, aktiviert er damit ein altes Zurückweisungsschema in der Patientin und die Kind-Seite wechselt in den Modus des Wütenden Kindes. Zusammen mit den nach außen gerichteten Strafenden Eltern entsteht eine Überkompensation: Sie beschimpft den Therapeuten und rennt in ein anderes Zimmer. Dort aktiviert das Alleinsein wieder das Hilflose Kind und die nach innen gerichteten Strafenden Eltern treten hervor („Jetzt hast Du blöde Kuh den ersten Menschen, der Dich verstanden hat, auch noch vergrault!“). Als Lösung tritt der Selbstberuhiger-Impuls, sich zu schneiden, auf. Als der Therapeut sich besorgt an der Zimmertür zeigt, um nach der Patientin zu sehen, aktiviert er bei der Patientin das alte Gefühl elterlicher Kontrolle und das Wütende Kind bringt einen Aggressiven Beschützer hervor, der schreit: „Lassen Sie mich endlich in Ruhe!“ Der Therapeut bietet der Patientin ein kurzes Gespräch am Nachmittag an, zu dem sie aber nicht erscheint (Distanzierter Beschützer als Kompromiss zwischen dem Verletzbaren Kind und den Strafenden Inneren Eltern, die sagen: „Er wird Dich auch wieder enttäuschen, wenn Du ihm vertraust“). Nach einer Weile wird das Verletzbare

Vergleich von Schematherapie und Übertragungsfokussierter Therapie

Kind wieder stärker und die Patientin geht weinend zu einer ihr vertrauten Krankenschwester, sucht Trost und entschuldigt sich (Unterordnung).

Das im Fallbeispiel erläuterte Vorgehen entspricht der Forderung von Clarkin et al. (2008, S. 42): „Der Therapeut sollte für jeden Patienten eine Reihe von Charakteren festlegen und die einzelnen Akteure mithilfe von Adjektiven so genau wie möglich beschreiben.“ Dabei bietet das Modell der Schematherapie einen einheitlichen Rahmen, in dem die einzelnen Akteure eingeordnet werden können (Eltern, Kind, Bewältigung, etc.).

3.3 Prinzip 3: Beobachten und Deuten der Zusammenhänge zwischen sich gegenseitig abwehrenden Objektbeziehungsdyaden

Die TFP (Clarkin et al., 2008, S. 43-46) postuliert vereinfacht, dass sich jeweils zwei Objektbeziehungsdyaden gegenseitig abwehren, die auf gegensätzlichem Triebprinzip beruhen (libidinös bzw. aggressiv). Beispielsweise kann eine aggressive Objektbeziehungsdyade mit der Konstellation Täter – Opfer, die sich aus dem aggressiven Teilobjekt der Mutter speist, durch eine libidinöse Dyade umsorgtes Kind – ideale Pflegeperson abgewehrt werden. Beide Objektbeziehungsdyaden sind dem Patienten nicht gleichzeitig bewusst zugänglich. Die Aufgabe des Therapeuten ist es, dem Patienten diese Dynamik bewusst und verständlich zu machen und dadurch eine Veränderung zu erreichen.

In der Schematherapie werden die Ursachen der Entstehung dieser Objektbeziehungsdyaden in der mangelnden Erfüllung der Bedürfnisse zum Zeitpunkt der Entstehung gesehen. Alle in der Schematherapie eingesetzten Methoden dienen dazu, diese Mängel auf kognitiver Ebene zu verstehen, auf emotionaler Ebene nachträglich zu erfüllen und auf der Handlungsebene umzulernen. Dabei wird auf das Konzept der Objektbeziehungsdyade verzichtet und der Patient in seinen jeweiligen Zuständen direkt betrachtet (Schemata, Modi), analysiert (Fragebögen, Stuhlarbeit) und verändert (Imaginationen).

3.4 Prinzip 4: Arbeit an der Fähigkeit des Patienten, Beziehungen anders zu erleben

„Die Beziehung zum Therapeuten zu ergründen und sich seiner Zerrbilder, die er davon hat, bewusst zu werden, hilft dem Patienten, eine gesündere, realistischere und ausgewogenere Wahrnehmung dieser Beziehung zu entwickeln. .. Durch diesen Prozess ... wird dem Patienten klar, wie die neue Fähigkeit ... nun auch auf andere wichtige Beziehungen ... übertragen werden kann“ (Clarkin et al., 2008, S. 46).

Vergleich von Schematherapie und Übertragungsfokussierter Therapie

Dieser Effekt tritt auch in der Arbeit mit dem Schematherapeuten ein. Zusätzlich zu den neuen kognitiven Erkenntnissen zur Beziehungsgestaltung bewirkt das vielseitige Vorgehen des Schematherapeuten eine emotionale Veränderung und ein Umlernen von altem und ein Einüben von neuem Verhalten. Dazu übernimmt der Therapeut nach Arntz und van Genderen (2010, S. 29-40) besonders bei Borderline-Patienten begrenzt die Elternrolle. Dazu gehören fürsorgliches Verhalten, Anleitung und Beratung, empathische Konfrontation, Rollenspiele und Rollentausch, sowie Grenzen-Setzen.

4 Die Interventionen der Übertragungsfokussierten Psychotherapie aus Sicht der Schematherapie

4.1 Umgang mit technischer Neutralität

Der Therapeut verhält sich in der TFP technisch neutral, „seine wache Aufmerksamkeit vermittelt sein anhaltendes Interesse, zu verstehen und Hindernisse, die einer gesünderen Beziehung zum Patienten entgegenstehen, zu erkennen und aus dem Weg zu räumen.“ (Clarkin et al., 2008, S. 57). Dabei verstehen Clarkin et al. die technische Neutralität besonders im Gegensatz zu supportivem psychotherapeutischen Vorgehen „wie unmittelbare Beruhigung, Ermutigung, Ratschläge und Empfehlungen, (sozial)pädagogische Maßnahmen (auch wenn psychoedukative Techniken zuweilen sinnvoll und angebracht sind), Betonung von Stärken und Talenten sowie familien- bzw. milieuspezifische Interventionen“ (Rockland, 1992, zit. nach Clarkin et al., 2008).

Der TFP-Therapeut verbindet sich mit keiner der Konfliktseiten im Patienten, er hält zu allen Instanzen gleichbleibende Distanz und stellt sich in den Dienst des beobachtenden Ich des Patienten. „Das Konzept der technischen Neutralität in der TFP ist deshalb von so grundlegender Bedeutung, weil es dem Therapeuten die Möglichkeit gibt, alle Kräfte, die in den Konflikten des Patienten einen [sic] Rolle spielen, zu beobachten, zu verstehen und ihre Dynamik untereinander zu analysieren“ (Clarkin et al., 2008, S. 58).

Clarkin et al. (2008) beschreiben die Aufgabe des Therapeuten wie folgt:

Der Therapeut ist eindeutig verbündet mit dem gesunden, beobachtenden Ich-Anteil des Patienten. [...] Das beobachtende Ich ist jener Teil in uns, welcher innere Kräfte (Triebimpulse und Verbote) ebenso wahrzunehmen und einzuschätzen in der Lage ist wie Elemente der äußeren Realität, die sich auf Motivation und Verhalten auswirken. (S. 57)

Vergleich von Schematherapie und Übertragungsfokussierter Therapie

Die Beziehungsgestaltung des Schematherapeuten mit seinem Patienten wird von Roediger (2011) in Kapitel 3.3 als ressourcenaktivierend beschrieben. Der Schematherapeut soll „einfühlsam-empathisch, verständnisvoll und akzeptierend, für das Wohl des Patienten engagiert, als vertrauenswürdig und zuverlässig, als warm und unterstützend und als kompetent“ (Grawe, 2004, zit. nach Roediger, 2011, S. 151) wahrgenommen werden. Dies wird durch vertrauensfördernde Maßnahmen unterstützt: dem Patienten kann ein Übergangsobjekt im Sinne Winnicotts (1973, zit. nach Roediger, 2011, S. 151) mitgegeben werden, der Schematherapeut kann zwischen den Therapiesitzungen für den Patienten (z. B. per E-Mail oder Telefon) erreichbar sein (Roediger, 2011, S. 153), auch haltender körperlicher Kontakt durch den Therapeuten kann in Situationen mit starker emotionaler Aktivierung des Patienten ermöglicht werden (Roediger, 2011, S. 156-159). Dieses Konzept wird als begrenzte elterliche Fürsorge bezeichnet.

Dem „gesunden, beobachtenden Ich-Anteil des Patienten“ im Modell von Clarkin et al. (2008) entspricht der Modus des „Gesunden Erwachsenen“ im Modusmodell: „Der ‚Gesunde Erwachsene‘ hat die Fähigkeit, die Bedürfnisse und das Potenzial der einzelnen, aufgespaltenen Modi so zu integrieren, dass die in den Modi grundsätzlich angelegten konstruktiven Möglichkeiten genutzt, Einseitigkeiten hingegen ausgeglichen werden“ (Roediger, 2011, S. 119). Der Schematherapeut bezieht Stellung und beschützt, unterstützt, begrenzt oder bekämpft unterschiedliche Teile. Dazu schreiben Young et al. (2008, S. 347): „Anfangs fungiert der Therapeut als gesunder Erwachsener, wann immer der Patient dazu nicht selbst in der Lage ist.“ Der Therapeut übernimmt also bspw. die Begrenzung der strafenden Elternteile. „Im Laufe der Behandlung internalisieren die Patienten das Verhalten des Therapeuten und machen es zu einem Bestandteil ihres eigenen Modus gesunder Erwachsener.“

4.2 Integration von Gegenübertragungsmaterial in die interpretativen Prozesse

Die Integration von Gegenübertragungsmaterial stellt einen zentralen Zugang zum Verständnis des Geschehens im Patienten dar. „Unter Gegenübertragung verstehen wir – entsprechend der aktuellen Auffassung in der psychoanalytischen Literatur - alle emotionalen Reaktionen des Therapeuten auf den Patienten zu jedem beliebigen Zeitpunkt“ (Clarkin et al., 2008, S. 62). Nach Racker (1957, zit. nach Clarkin et al., 2008) lässt sich die Gegenübertragung des Therapeuten entweder als konkordant (affektive Identifikation des Therapeuten mit dem aktuellen subjektiven Erleben des Patienten) oder komplementär

Vergleich von Schematherapie und Übertragungsfokussierter Therapie

(Identifikation mit den vom Patienten auf den Therapeuten projizierten Anteilen) klassifizieren. Die Analyse der Gegenübertragung erlaubt es dem Therapeuten, die Vorgänge im Patienten zu verstehen. Clarkin et al. (2008, S. 64) schreiben dazu: „Die konsequente Beobachtung der eigenen Gegenübertragung ist der Schlüssel für das Verständnis primitiver Abwehrmechanismen und Teil-Objekt-Repräsentanzen in der inneren Welt des Patienten.“ Dabei kann der Therapeut erkennen, wenn provozierendes Verhalten des Patienten den Therapeuten in die Rolle entweder des sadistischen Verfolgers oder dessen masochistischem Opfer drängt. Beide unerwünschten Reaktionen können dann durch die Einhaltung der technischen Neutralität verhindert werden.

Die Rolle der Gegenübertragung wird in der Schematherapie unter anderem anhand der Kombination der Schemata des Patienten mit denen des Therapeuten betrachtet. Young et al. (2008, S. 236-248) beschreiben zehn mögliche Schwierigkeiten in der Konstellation der Schemata zwischen Patient und Therapeut: (1) Kollision der Schemata, so dass sie sich gegenseitig immer wieder aktivieren, (2) fehlende Passung, so dass der Therapeut die Bedürfnisse des Patienten nicht erfüllen kann, (3) Überschneidung der Schemata, so dass sich der Therapeut übermäßig stark mit dem Patienten identifiziert, (4) emotionale Anforderungen des Patienten führen zu Vermeidungsverhalten beim Therapeuten, (5) Überkompensation des Therapeuten als Reaktion auf Schemaaktivierung durch den Patienten, (6) ein Kindmodus des Patienten aktiviert einen dysfunktionalen Elternmodus beim Therapeuten, (7) der Therapeut benutzt den Patienten zur Erfüllung der eigenen (unbewussten) schemabedingten Bedürfnisse, (8) Schemaaktivierung beim Therapeuten, wenn der Patient keine „ausreichenden Fortschritte“ macht, (9) Schemaaktivierung beim Therapeuten, wenn der Patient Krisen durchlebt (z.B. Suizidalität), (10) der narzisstische Anteil des Therapeuten beneidet den Patienten.

Sowohl in der TFP, als auch in der Schematherapie wird den negativen Folgen der Gegenübertragung durch Supervision und Selbstanalyse begegnet. Dabei werden die Gegenübertragung und die eigenen Schemata analysiert, bewusst gemacht und damit für den therapeutischen Prozess nutzbar.

4.3 Die Wahrung des therapeutischen Rahmens

4.3.1 Vermeiden von Agieren während der Sitzung

Da Impulsivität und mangelnde Selbstkontrolle Merkmale der Borderline Persönlichkeitsstörung sind (Weltgesundheitsorganisation, 2010) sind, stellt der Umgang mit

Vergleich von Schematherapie und Übertragungsfokussierter Therapie

sog. ausagierendem Verhalten in der Therapie von Borderlinepatienten für alle Therapeuten eine Herausforderung dar. Clarkin et al. (2008, S. 67 f.) schlagen zunächst eine Deutung des Verhaltens vor, damit der Patient die Beweggründe für sein Verhalten verstehen und dann „eine angemessenere Form, sich mitzuteilen, finden“ kann. Falls die Deutung nicht ausreicht, um das Verhalten zu beenden, kann der Therapeut eine aktive Grenzsetzung vollziehen. Danach muss er durch eine Deutung die technische Neutralität wieder herstellen. Ausagierendes Verhalten kann im Rahmen der TFP als Verletzung des Therapievertrags interpretiert werden und soll durch Deutung im therapeutischen Prozess bearbeitet werden. Auch ausagierendes Verhalten außerhalb der Therapie soll entsprechend bearbeitet werden.

Vermeiden und Agieren werden in der Schematherapie als Bewältigungsmodi für unakzeptable Gefühle (meist Kindmodi) gesehen. Dabei kommt, wie bei aller Verhaltensänderung, das B-E-A-T-E-Prinzip zum Einsatz (Roediger, 2011, S. 323-329): Benennen (Diagnostik von Schema und Modi), Erkennen (Sensibilisierung für das Auftreten der Modi im Rahmen der Schemaaktivierung), Anerkennen (Selbstakzeptanz, Validierung und Wertschätzung als zum Zeitpunkt des Erlernens wichtiges und hilfreiches Verhalten), Trennen (wohlwollende Verabschiedung eines lange vertrauten Verhaltens) und Einbrennen (Üben und Wiederholen des neuen, angemesseneren und für den Patienten stimmigeren Verhaltens).

Weiterhin setzt die Schematherapie auf ihre kognitiv-verhaltenstherapeutischen Wurzeln beim Umgang und der Veränderung von problematischem Verhalten. Es wird besprochen und alternative Lösungsmöglichkeiten werden erarbeitet (Arntz & van Genderen, 2010, S. 103), mit Hausaufgaben werden neue Verhaltensweisen eingeübt und in den Alltag übertragen. Auch kommen erlebensbasierte Strategien zum Einsatz: Blockaden werden auch in der Imaginationsarbeit analysiert und durch Dialoge mit der gesunden Seite entweder in der Imagination (bekannt aus der hypnotherapeutischen Arbeit) oder in der Stuhlarbeit integriert (Young et al., 2008, S. 217 ff.).

4.3.2 Ausschalten von sekundärem Krankheitsgewinn

Der sekundäre Krankheitsgewinn bringt dem Patienten Vorteile, die über die akute Abfuhr einer Konfliktspannung hinausgehen. So erfährt er „Aufmerksamkeit, die Besorgnis oder das Eingreifen anderer“ (Clarkin et al., 2008, S. 68). Besonders heben Clarkin et al. die Manipulation durch suizidale Handlungen und die passiv-abhängige Rolle mit dem Erhalt umfangreicher sozialer Unterstützung hervor. Dem Widerstand des Patienten gegen den

Vergleich von Schematherapie und Übertragungsfokussierter Therapie

Verlust des sekundären Krankheitsgewinns begegnet der TFP-Therapeut durch Grenzziehungen auf der Basis klarer Vereinbarungen im Therapievertrag und entsprechend konfrontative Deutungen. „Irgendeine[r] sinnvollen Beschäftigung“ soll der Patient außerhalb der Therapie nachgehen (Clarkin et al., 2008, S. 69).

In der Literatur zur Schematherapie findet sich kein spezieller Umgang mit dem sekundären Krankheitsgewinn. Im Sinne des schematherapeutischen Denkens kann er als überkompensierender Bewältigungsmodus verstanden und entsprechend bearbeitet werden. Wenn die zu bewältigenden unbefriedigten Bedürfnisse durch den gesunden Erwachsenen gestillt werden können und sich der Patient mehr im Modus des glücklichen Kindes befindet, wird ein entsprechendes Bewältigungsverhalten nicht mehr notwendig und kann durch ein selbstbestimmtes und angemessenes Verhalten ersetzt werden.

4.4 Übertragungsanalyse

4.4.1 Analyse der negativen Übertragungen

Die Übertragungsanalyse der negativen Übertragungen hat das Ziel, Ambivalenz zu erzeugen und damit den Abwehrmechanismus der Spaltung zu reduzieren. Der Therapeut relativiert also die negativen Übertragungen in seiner Deutung und weist damit auf positives Verhalten des Patienten trotz seiner negativen Übertragung hin (Clarkin et al., 2008, S. 70).

Im Sinne der Schematherapie kann dieses Vorgehen als ressourcenaktivierend bezeichnet werden. Obwohl ein wütender oder impulsiver Kindmodus den Therapeuten angreifen möchte, sind der Modus des Gesunden Erwachsenen und des Glücklichen Kindes bereits ansatzweise vorhanden. Die wütenden oder impulsiven Kindmodi können in der Stuhlarbeit oder in der Imagination nach den jeweils unerfüllten Bedürfnissen zur Zeit ihrer Entstehung befragt werden. Zunächst kann der Therapeut, dann zunehmend der Patient im Modus des Gesunden Erwachsenen die Erfüllung dieser Bedürfnisse durch Nachbeelterung übernehmen und das Kind in seiner Wut wahrnehmen, trösten oder empathisch begrenzen.

4.4.2 Analyse der positiven Übertragungen

Zunächst sollen die Übertragungen des Patienten in Form primitiver Idealisierungen des Therapeuten im therapeutischen Prozess gedeutet werden, um die Spaltung zu bearbeiten. Dies wird auch im späteren Verlauf als wichtig angesehen, wenn die Deutung der negativen Übertragungen bereits Erfolge zeigt, um eine weitergehende Annäherung des Patienten an die depressive Position zu ermöglichen (Clarkin et al., 2008, S. 71).

Vergleich von Schematherapie und Übertragungsfokussierter Therapie

Der Abwehrmechanismus der Spaltung wird in der schematherapeutischen Arbeit bewusst eingesetzt, um die Modi des Patienten zu unterscheiden. So wird der Patient in der idealisierenden positiven Übertragung wohl in einem unterordnenden Bewältigungsmodus sein, evtl. auch im Modus des glücklichen Kindes. Eine genaue Analyse der Interaktion der Modi, z.B. in einer Stuhlarbeit, kann hier einen Einblick geben und dem Patienten helfen, die zugrundeliegenden Gefühle und Bedürfnisse zu erkennen und zu lernen, für deren Erfüllung zu sorgen.

4.4.3 Analyse der primitiven Abwehrmechanismen

Zu den typischen primitiven Abwehrmechanismen der Borderline-Patienten zählen Clarkin et al. (2008, S. 71-74) „Spaltung, projektive Identifizierung, primitive Idealisierung, Omnipotenz und omnipotente Kontrolle“. In Beispielen erläutern die Autoren den Umgang mit diesen Abwehrmechanismen durch Erklären und Deuten, damit der Patient die eigenen Verhaltensweisen erkennen und ihre Funktion verstehen kann.

Im Modusmodell der Schematherapie wurden differenzierte Bewältigungsmodi herausgearbeitet, die allerdings nur bedingt spezifischen primitiven Abwehrmechanismen der TFP zugeordnet werden können. Durch die Bewältigungsmodi sollen die unerwünschten Gefühle der Kindmodi vermieden werden, die in der jeweiligen Objektbeziehungsdyade aktiviert werden. Dazu werden die Bewältigungsmodi in die Bereiche Unterordnung (Bereitwilliger Erdulder/Angepasster Aufopferer), Gefühlsvermeidung (Distanzierter Beschützer, Distanzierter Selbstberuhiger, Aggressiver Beschützer) und Überkompensierung (Selbsterhöher/Wichtigtuher, Pöbel- und Angreifer-Modus, Manipulierer/Trickser/Lügner, Zerstörer-/Killermodus, Zwanghafter Kontrolleur) unterteilt. Diese Modi sind verhaltensbezogen beschrieben, wohingegen die Abwehrmechanismen der TFP eher eine innere Konfliktdynamik beschreiben.

4.5 Interpretative Prozesse: Klärung, Konfrontation und Deutung

4.5.1 Klärung

Die Klärung ist ein Angebot des Therapeuten zur Untersuchung aller „unklaren, vagen, verwirrenden oder widersprüchlichen“ Informationen zu allen äußeren und inneren Aspekten des Patienten. Die Klärung dient dem Therapeuten neben dem besseren Verständnis der Welt des Patienten auch dazu, „zu erkennen, inwieweit der Patient [das] ... Material verstehen kann“ (Clarkin et al., 2008, S. 75). Zu Beginn der Therapie stellt die Klärung die

Vergleich von Schematherapie und Übertragungsfokussierter Therapie

vorherrschende Interventionsform dar, bis der Therapeut ein zunehmend besseres Verständnis der oftmals verwirrenden Welt des Patienten erhält.

In der Schematherapie findet die Klärung, außer durch Nachfragen im Gespräch, unter Anwendung der verschiedenen Möglichkeiten zur Schema- und Modusdiagnostik, sowie in der Psychoedukation des Patienten statt. Der Patient kann sein bisheriges Leben besser verstehen und kann einen Sinnzusammenhang zwischen seinen wiederkehrenden Schwierigkeiten und den unerfüllten Bedürfnissen seines bisherigen Lebens erkennen. Der Therapeut informiert den Patienten „über das Schemamodell, und zwar in erster Linie durch Diskussion, Lektüreempfehlungen und Anleitungen zur Selbstbeobachtung“ (Young et al., 2008, S. 129).

4.5.2 Konfrontation

Die Konfrontation dient der Bewusstmachung von „Diskrepanzen und Unstimmigkeiten, ... welche in den Informationen aus den unterschiedlichen Kommunikationskanälen [des Patienten] enthalten sind.“ Sie soll „mit Höflichkeit und Taktgefühl“ vorgebracht werden (Clarkin et al., 2008, S. 76).

In der Schematherapie wird Konfrontation stets empathisch ausgeführt. Young et al. (2008, S. 250) schreiben dazu: „Empathische Konfrontation ist die für die Schematherapie charakteristische therapeutische Grundhaltung... Empathische Konfrontation ist keine Technik, sondern eine Art, mit dem Patienten umzugehen, und beinhaltet eine echte emotionale Bindung.“ Dabei folgt einer Äußerung, die Verständnis und Mitgefühl für die Lage des Patienten ausdrückt (pacing), ein Hinweis darauf, wie wichtig es für den Patienten ist, sein bisheriges Verhalten zu verändern (leading). Die erkannten Schemata erleichtern es dem Patienten, die eigenen Gefühle zu erkennen, auszudrücken, zu akzeptieren und zu verändern. Der Therapeut achtet in besonderem Maße auf eine tragfähige und wohlwollende Beziehung zum Patienten, damit die empathische Konfrontation vom Patienten aufgenommen und integriert werden kann.

4.5.3 Deutung

Deutungen stellen das zentrale Instrument der Übertragungsfokussierten Psychotherapie dar. „Sie verbinden das bewusste Material des Patienten mit hypothetischem unbewusstem Material, dem ein Einfluss auf Motivation und Verhalten des Patienten zugeschrieben wird“ (Clarkin et al., 2008, S. 76). Mit der Deutung soll konfliktreiches Material und daraus resultierende Verhaltensweisen aufgelöst werden. Der Inhalt der Deutung

Vergleich von Schematherapie und Übertragungsfokussierter Therapie

soll dem ökonomischen Prinzip (Deutung des in der aktuellen Sitzung vorherrschenden Affekts der Objektbeziehung), dem dynamischen Prinzip (Vorarbeiten von der Oberfläche in die Tiefe: von der Abwehr über die Motivation zum Impuls) und dem strukturellen Prinzip (Deutung entsprechend der intrapsychischen Struktur des Patienten: entweder auf dem Niveau der Instanzen oder der Objektbeziehungsdyaden) folgen.

Die Qualität der Deutung beurteilen Clarkin et al. (2008) anhand von vier Merkmalen:

1. Die Klarheit der Deutung: Der Therapeut soll seine Hypothese dem Patienten präzise und direkt kommunizieren.
2. Die Geschwindigkeit der Deutung: Der Therapeut soll seine Deutung äußern, sobald er eine klare Hypothese formulieren kann, von der er glaubt, dass sie die Selbsterkenntnis des Patienten vergrößern wird und zu der der Patient auch ohne den Therapeuten hätte gelangen können.
3. Die Griffigkeit der Deutung: Der Therapeut soll den vorherrschenden Affekt angemessen fokussieren und sich nicht auf den Inhalt des Gesagten beschränken.
4. Die Tiefe der Deutung: entsprechend dem dynamischen Prinzip beschreiben Clarkin et al. (2008, S. 81-86) drei Ebenen, auf denen eine Deutung erfolgen kann, die von der Oberfläche zur Tiefe fortschreiten: (1) Der Einsatz primitiver Abwehrmechanismen (Spaltung, Primitive Idealisierung, Omnipotenz und Entwertung, Projektive Identifizierung, Projektion, sowie Verleugnung), um das Bewusstwerden inneren Erlebens zu verhindern. (2) Deuten der zeitlichen Entwicklung des Objektbeziehungsgeschehens. (3) Deuten der durch (2) abgewehrten Objektbeziehungen.

Der Zugang zu unbewusstem Material stellt nach Ansicht des Autors den größten Unterschied zwischen TFP und Schematherapie dar. Der Schematherapeut erarbeitet weniger intensiv konkrete Deutungen, die er dem Patienten zu einem passenden Zeitpunkt anbietet, sondern arbeitet kontinuierlich mit einer großen Bandbreite von Methoden und Interventionen an der kognitiven Einsicht und der erlebnisaktivierten Veränderung der im Gedächtnis des Patienten gespeicherten Schemata. Er nutzt Affektbrücken, um in der Imagination die belastenden Kindheitserlebnisse neu zu erleben und unerfüllte Bedürfnisse zu befriedigen (Young et al., 2008, S. 166-178). Damit können die den heute belastenden Situationen zugrunde liegenden Emotionen verändert werden.

Vergleich von Schematherapie und Übertragungsfokussierter Therapie

Ein einfaches Beispiel aus der therapeutischen Praxis des Autors soll dies verdeutlichen: Ein Klient beklagt sich darüber, dass er seine Partnerin „ekelig“ findet, wenn sie ausgelassen durch die Wohnung tanzt. In der Imagination wird diese heutige Situation (tanzende Partnerin in der Wohnung) sinnlich intensiv erlebt und der dazugehörige Leitaffekt (Ekel) herausgearbeitet. Die heutige Situation wird verlassen und der Patient dazu eingeladen, mit dem aktivierten Leitaffekt eine Szene aus der Kindheit auftauchen zu lassen. Daraufhin erinnert sich der Patient an eine Szene im Bierzelt seines Heimatdorfes, die er als Kind erlebt hat. Er sieht betrunkene, tanzende Männer, vor denen er sich ekelt und fürchtet. Der Therapeut beschützt in der Imagination den kleinen Jungen, führt ihn aus dem Bierzelt nach draußen zum Spielen und erfüllt damit sein verletztes Bedürfnis nach Sicherheit. Der Affekt des Patienten ändert sich von „ekelig-ängstlich“ zu „freudig-entspannt“. Mit diesem neuen Leitaffekt wird erneut die heutige Szene in der Wohnung des Patienten aktiviert und das Gefühl von Ekel der Partnerin gegenüber stellt sich nicht mehr ein.

Diese Art des Reparenting stellt eine zentrale Form der Gefühlsveränderung in der schematherapeutischen Arbeit dar und kann erlebnisbasiert und emotionsaktiviert die Verknüpfungen zu belastenden Ereignissen der Kindheit durchtrennen. Darüber, ob dies einen Zugriff auf das von der Psychoanalyse postulierte Unbewusste darstellt, erlaubt sich der Autor kein Urteil.

5 Übersichtsdarstellung der schematherapeutischen Interventionen nach Young

Dieses Kapitel dient der übersichtlichen Darstellung der Interventionen der Schematherapie. Roediger (2011) schlägt vier Phasen vor, die vom Therapeuten allerdings an den Patienten maßgeschneidert angepasst werden: (1) Diagnostik, Stabilisierung und Beziehungsaufbau, (2) Problemaktivierung und Problemklärung, (3) Problembewältigung und Verhaltensübungen, (4) Beibehaltung und Ablösung.

Die Einschätzung und Edukation (Young et al., 2008, S. 130 f.) dient der Identifikation früher maladaptiver Schemata, dem Verständnis des Patienten über deren Entstehung und die Identifikation typischer Bewältigungsstile. Dazu kommen Anamnesegespräche, Fragebögen, Imaginationsarbeit und Stühlearbeit zum Einsatz.

Kognitive Strategien werden eingesetzt, um Glaubenssätze und Schemata zu überprüfen, Beweise zu finden, Vor- und Nachteile abzuwägen, Dialoge zwischen

Vergleich von Schematherapie und Übertragungsfokussierter Therapie

verschiedenen Seiten des Patienten zu führen, Tagebuch zu führen und Erinnerungskarten einzusetzen.

Erlebensbasierte Strategien dienen der Diagnostik, dem Reparenting und der Bearbeitung traumatischer Erinnerungen. In Imaginationen kann eine belastende Vergangenheit neu erlebt werden und die damit verknüpften affektiven Zustände können verändert werden.

Die Stuhlarbeit mit Modi dient dem Verstehen und der Veränderung der inneren Dynamik der verschiedenen „Anteile“ des Patienten. Eine vorgegebene Struktur von Modi verhindert ein Bearbeiten von beliebigen „Anteilen“ und gibt eine bindungs- und entwicklungstheoretische Grundlage für die zu lösenden Konflikte zwischen den Modi. Dysfunktionale Elternmodi lösen maladaptive Kindmodi aus, die Bewältigungsmodi aktivieren. Diese Dynamik kann verstanden und entsprechend verändert werden, indem die dysfunktionalen Elternmodi bekämpft, die Kindmodi validiert, getröstet oder empathisch begrenzt und die funktionalen Modi gestärkt werden. Dann wird ein automatisches, als unabdinglich gefühltes Auslösen der Bewältigungsmodi durch den Patienten immer weniger notwendig.

Die Verhaltensänderung wird in der Imagination erarbeitet, kognitiv durchgearbeitet und im Alltag eingeübt. Dabei helfen kognitiven und imaginative Verfahren.

Der Therapeut bietet einen idealen Elternteil, einen stützenden Vertrauten und ist in Krisensituationen auch außerhalb des therapeutischen Settings für den Patienten erreichbar. Durch empathische Konfrontation und Grenzsetzung können Bewältigungsmodi abgebaut und der Gesunde Erwachsene gestärkt werden.

Zu den einzelnen Schemata liegen detaillierte Hinweise und Behandlungshilfen für Therapeuten vor, die über den Anteil von supportivem und konfrontierendem therapeutischen Vorgehen schemaspezifisch informieren.

6 Empirische Ergebnisse zum Vergleich beider Therapieformen

In einer randomisierten, kontrollierten Effektivitätsstudie von Giesen-Bloo et al. (2006b) wurden 86 Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung randomisiert entweder mit Schematherapie oder mit TFP behandelt. Die Therapeuten in beiden Gruppen waren gut trainiert und supervidiert. Die Patienten erhielten über drei Jahre zweimal pro Woche eine ambulante Behandlung entsprechend dem jeweiligen Therapiemanual. Beide

Vergleich von Schematherapie und Übertragungsfokussierter Therapie

Verfahren konnten auf verschiedenen Gebieten klinisch signifikante Verbesserungen bewirken. Geheilt („Cured“) im Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI) bedeutet, dass der erreichte Punktwert unter 15 (von 70 möglichen) sinkt, gebessert („improved“) bedeutet, dass eine Verbesserung von mindestens zwölf Punkten erreicht wurde. Im Ergebnis war die Schematherapie der TFP in allen Maßen überlegen (siehe Tabelle 1): Die Abbruchraten waren erheblich niedriger, der Anteil der Patienten mit Heilungserfolg war deutlich höher und die Effektstärke war um 60 % höher, als bei der TFP. Die niedrigeren Abbruchraten sind bei Patienten mit Borderline-Störung, die eine große Tendenz zum Therapieabbruch zeigen, besonders relevant. Die Ergebnisse waren in einer Nachuntersuchung ein Jahr nach Behandlungsende stabil (Giesen-Bloo et al., 2006a).

Tabelle 1

Ergebnisse der randomisierten Multizenterstudie mit 86 Borderline-Patienten (Leitung: Arnoud Arntz, Maastricht, Niederlande; nach Giesen-Bloo et al., 2006b)

Ergebnisse	Schematherapie	TFP
Dropout 1 Jahr	7 %	31 %
Dropout 1 bis 3 Jahre	27 %	50 %
BPDSI „Cured“	45 %	25 %
BPDSI „Improved“	66 %	42 %
Effektstärken	2,96	1,85

7 Diskussion und Ausblick

Beide dargestellten Verfahren sind erfolgreich in der Behandlung von Patienten mit Borderline-Störung. Die Übertragungsfokussierte Therapie gründet auf der Objektbeziehungstheorie und stellt die Bearbeitung der primitiven Abwehrmechanismen in den Mittelpunkt der Behandlung. Die Schematherapie integriert verschiedene theoretische Grundlagen und praktisch wirksame therapeutische Methoden, um ein breit gefächertes Störungsbild zu behandeln.

Die Zukunft der Behandlung der Borderline-Patienten wird im weiteren Verständnis der biologischen, neuronalen, psychodynamischen, kognitiven und lerntheoretischen Grundlagen der Störung liegen und damit eine zunehmend spezifischere Diagnostik der Hauptmerkmale der Störung (siehe Modelle nach Dammann (2007) in der Einleitung) ermöglichen. Damit wird eine störungsspezifischere Behandlung der Patienten möglich.

Vergleich von Schematherapie und Übertragungsfokussierter Therapie

Die Schematherapie bietet für die Zukunft viele Erweiterungsmöglichkeiten was das Setting (Gruppentherapie), die Patienten (Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Paaren), die Störungen (Achse 1 und Achse 2) und die Interventionen (bspw. weitere Integration von hypnotherapeutischen Elementen) betrifft. Eine rege Forschungsarbeit wird an verschiedenen Stellen betrieben.

8 Literaturverzeichnis

- Arntz, A. & van Genderen, H. (2010). *Schematherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung* (J. Schweiger, Übers., 1. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Kernberg, O. F., Holler, P. & Buchheim, P. (2008). *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit: Manual zur psychodynamischen Therapie* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Dammann, G. (2007). Bausteine einer „Allgemeinen Psychotherapie“ der Borderline-Störung. In G. Dammann, P. L. Janssen & R. Bering (Hrsg.), *Psychotherapie der Borderline-Störungen: Krankheitsmodelle und Therapiepraxis - störungsspezifisch und schulenübergreifend* (2., überarb. und erw. Aufl. ed., S. 238-258). Stuttgart: Thieme.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T. et al. (2006a). One-Year Follow-up of Schema focused therapy and Transference focused psychotherapy for BPD, and the influence of drop-out status, treatment status and medication. In J. H. Giesen-Bloo (Hrsg.), *Crossing Borders: Theory, Assessment and Treatment in Borderline Personality Disorder* (S. 127-142). Maastricht: Universitaire Pers.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T. et al. (2006b). Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Randomized Trial of Schema-Focused Therapy vs Transference-Focused Psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63(6), 649-658.
- Rafaëli, E., Bernstein, D. P., Young, J. & Plata, G. (2013). *Schematherapie*. Paderborn: Junfermann.
- Roediger, E. (2011). *Praxis der Schematherapie: Lehrbuch zu Grundlagen, Modell und Anwendung* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Roediger, E. & Dornberg, M. (2011). Wie „psychodynamisch“ ist die Schematherapie? Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Schematherapie und psychodynamischer Psychotherapie. In E. Roediger & G. Jacob (Hrsg.), *Fortschritte der Schematherapie: Konzepte und Anwendungen* (S. 30-44). Göttingen: Hogrefe.

Vergleich von Schematherapie und Übertragungsfokussierter Therapie

- Weltgesundheitsorganisation. (2010). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien* (H. Dilling, W. Mombour & M. H. Schmidt, Übers., 7., überarb. Aufl. unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM). Bern: Huber.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2008). *Schematherapie: ein praxisorientiertes Handbuch* (2. Aufl.). Paderborn: Junfermann.

Erklärung

Name: Nils Svensson

Matrikelnummer: 1863

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Hausarbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die Stellen der Hausarbeit, die anderen Quellen im Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen wurden, sind durch Angaben der Herkunft kenntlich gemacht.

Datum: 30.04.2014

Unterschrift:

A handwritten signature in blue ink that reads "Nils Svensson". The signature is written in a cursive style with a long horizontal line extending to the right.