

Kapitel 5

Rainer Sachse

Ueli Kramer

Die Schema-Borderline-Störung

1 Einleitung

In der Literatur zu den Persönlichkeitsstörungen, insbesondere der Borderline Persönlichkeitsstörung wird in den letzten paar Jahren eines den Autoren ganz bewusst: um diese komplexen Störungen zu behandeln, benötigen Psychotherapeuten vermehrt integrative Konzepte (Livesley, Dimaggio, & Clarkin, 2016). Unser Kapitel reiht sich in diesen aktuellen Trend ein. Wir wollen nicht einen weiteren Ansatz für die Behandlung der Borderline Persönlichkeitsstörung auf den Markt bringen, jedoch Psychotherapeuten auf zentrale Mechanismen der Borderline Persönlichkeitsstörung hinweisen, und klinische Stützen anbieten für effektive Therapie. Wir formulieren, wie auch Livesley und Kollegen (2016) diese zentralen Mechanismen um das Konzept der dysfunktionalen Schemata.

2 Dysfunktionale Schemata

Viele psychische Störungen basieren auf dysfunktionalen Schemata.

Schemata sind organisierte Strukturen von Inhalten, *die sich durch Erfahrungen und Schlussfolgerungen aus Erfahrungen bilden* (Flammer, 1988) und deren Aktivierung aktuelle Verarbeitungsprozesse (stark) beeinflusst (vgl. Bartlett, 1932; Beck, 1979; Crocker et al., 1984; Hedlund & Rude, 1995; Hermann, 1965; Mandler, 1979; Norman, 1982; Norman & Bobrow, 1975; Piaget, 1945, 1952, 1954, 1976; Power & Dalgleish, 1997; Rumelhart, 1980; Schank & Abelson, 1977; Segal, 1988; Tallis, 1995; Taylor & Crocker, 1981; Teasdale & Barnard, 1993).

<p>Schemata werden durch aktivierende Stimuli („bottom up“) aktiviert („getriggert“) und steuern dann („top down“) die Informationsverarbeitung der Person. Dabei können Schemata alle Arten der Informationsverarbeitung beeinflussen: Situationsinterpretationen, Interpretationen der persönlichen Relevanz, der Coping-Fähigkeiten usw. Schemata können</p>

somit auch die Emotionsgenese in hohem Maße beeinflussen (Ulich, 1991, 1994; Ulich & Mayring, 1992; Ulich et al., 1999)¹.

Schemata weisen einige wesentliche Charakteristika auf:

1. Die Aktivierung von Schemata erfolgt durch vorhandene oder vorgestellte Situationen *automatisch* und kann von der Person nicht direkt willentlich herbeigeführt werden. Um ein Schema zu aktivieren, muss sich eine Person deshalb eine relevante Situation möglichst konkret vorstellen.
2. Die Aktivierung von Schemata erfolgt schnell und kann in der Regel von einer Person kaum kontrolliert werden.
3. Sobald ein Schema aktiviert ist, dominiert es in hohem Maße die Informationsverarbeitung und führt zu einer Art von „voreingenommener“ Verarbeitung („voreingenommen“ deshalb, weil die Verarbeitungsergebnisse extrem starr durch das Schema determiniert werden und damit reale Gegebenheiten kaum noch berücksichtigen).
4. Durch diese Verarbeitungen gelangt eine Person zu Schlussfolgerungen, die subjektiv stark überzeugend sind und von der Person nur schwer in Frage gestellt werden können.

Schemata können *aktiv* sein, d.h. sie sind leicht aktivierbar und determinieren damit aktuell die Informationsverarbeitung erkennbar in hohem Maße; Schemata können aber auch *latent* sein, d.h. sie sind nicht leicht aktivierbar und determinieren die Informationsverarbeitung nur indirekt, sind in ihren Effekten aber noch erkennbar (Ellis & Moore, 1999; Hedlund & Rude, 1995).

Man kann annehmen, dass es kognitive (dysfunktionale) Schemata gibt (Beck, 1979), also Schemata, die Annahmen in einem kognitiven Code enthalten. Diese Schemata entstehen in der Biographie einer Person durch sich wiederholende Erfahrungen (z.B. kontinuierliche Abwertungen durch einen Elternteil) und Schlussfolgerungen daraus („ich bin nicht liebenswert“): Dadurch entstehen Annahmen, die „*Verdichtungen*“, „*Komprimierungen*“ von *Erfahrungen sind* und Annahmen, die (durch Schlussfolgerungen und

¹ Wir möchten hier nicht von „emotionalen Schemata“ sprechen, da wir davon ausgehen, dass Emotionen die *Folge* von aktuellen Verarbeitungsprozessen sind und nicht als solche „gespeichert“ und „abgerufen“ werden können. Wir möchten uns hier der Argumentation von Teasdale und Barnard (1993) anschließen, die das Konzept des „Emotionsknotens“ in einem Gedächtnisnetzwerk von Bower (1981, 1987, 1992; Bower & Cohen, 1982; Bower & Mayer, 1989; Bower et al., 1981) theoretisch und empirisch widerlegen: Emotion sollte damit nicht als „direkt gespeichert“ angesehen werden, weder in „Knoten“, noch in Schemata; wir gehen vielmehr davon aus, dass Schemata die in einer Aktualgenese von Emotionen ablaufenden Verarbeitungsprozesse beeinflussen und *damit* die Bildung von Emotionen in hohem Maße determinieren.

„Katastrophisierungen“) z.T. weit über tatsächliche Erfahrungen bzw. tatsächlich erhaltenes Feedback hinausgehen.

Eine Person verarbeitet jedoch biographische Erfahrungen und in der Biographie erhaltenes Feedback nicht nur kognitiv; wie ausgeführt gehen wir davon aus, dass immer auch eine parallele, affektive Verarbeitung von Ereignissen stattfindet. Wiederholen sich im affektiven Verarbeitungssystem bestimmte Verarbeitungen immer wieder, dann, so kann man annehmen, entwickeln sich hier ebenfalls Schemata: Affektive Schemata², die, dem affektiven System entsprechend, auf affektive Interpretationen basieren und die daher affektive Bedeutungen enthalten, also Bedeutungen in einem perzeptuell-sensumotorischen Code (vgl. Pascual-Leone, 1990a, 1990b, 1991; Tallis, 1999; Teasdale & Barnard, 1993).

Ansonsten funktionieren diese Schemata aber genauso wie kognitive: Sie werden automatisch durch Stimuli aktiviert und, wenn sie aktiviert werden, determinieren sie die Informationsverarbeitung: *In diesem Fall allerdings determinieren sie die Informationsverarbeitung im affektiven System.* Und genauso wie im kognitiven Verarbeitungssystem so können affektive Schemata im affektiven System zu voreingenommenen (weil durch Schemata festgelegten) unflexiblen und dysfunktionalen Verarbeitungen und Bedeutungen führen, zu störenden, mit zielführendem Verhalten interferierenden Affekten usw. Und somit kann es eben auch dysfunktionale affektive Schemata geben.

Wir gehen davon aus, dass problematische Schemata in der Regel kognitive und affektive Anteile aufweisen. Rein kognitive Schemata und rein affektive Schemata sind (wahrscheinlich) selten: Bei rein kognitiven Schemata ist eine Klärung und Bearbeitung meist relativ einfach; bei rein affektiven Schemata ist es meist notwendig, diese durch die therapeutische Methode des Focusing zuerst in eine kognitive Repräsentation „zu übersetzen“, bevor sie weiter therapeutisch bearbeitet werden können (vgl. Sachse, 1992, 2003, 2006b, 2008; Sachse et al., 2009).

Situationen führen (über elementare Verarbeitungsprozesse) „bottom up“ (von unten nach oben) zu einer Aktivierung relevanter Schemata. Einmal aktiviert führen Schemata zu

² Gemäß unserer Kritik an „emotionalen Schemata“ wollen wir hier mit dem Begriff des „affektiven Schemas“ auch *nicht* implizieren, dass Affekte direkt gespeichert sind, sondern dass das Schema (im Wesentlichen nicht-kognitiv) kodierte Informationen enthält, deren Aktivierung zu affektiven Bedeutungskonstruktionen und damit zu Affekten *führt*. Wir nutzten den Begriff aber, um diese Art des Schemas von kognitiven Schemata abzugrenzen.

bestimmten Kognitionen, Interpretationen der Situation; Schemata lösen aber auch (über ihre affektiven Informationen und entsprechende Verarbeitungsprozesse) Affekte (z.B. Unwohlsein, „Druck auf der Brust“, u.a.) aus; Schemata können auch weitere Interpretationsprozesse auslösen, durch die es dann zu Emotionen (Angst, Ärger, usw.) kommen kann. Schemata können aber auch direkt Handlungsimpulse (z.B. Flucht- oder Vermeidungstendenzen) auslösen.

Alle diese Schemaeffekte können zu ungünstigen Verarbeitungsprozessen, zu ungünstigem Erleben und Verhalten der Person führen: Die Person interpretiert eine Situation falsch, empfindet ungünstige Affekte und Emotionen, handelt so, dass hohe Kosten entstehen. Die Schemaeffekte können auch mit kompetentem und funktionalem Handeln der Person interferieren, sodass wieder ungünstige Effekte (Kosten für die Person) entstehen.

Viele Probleme von Personen gehen auf ungünstige, dysfunktionale Schemata zurück. Auf ein Schema wie z.B. „ich bin ein Versager“ (mit allen weiteren Implikationen, s.u.) kann Prüfungsangst zurückgehen, auf ein Schema „ich bin unattraktiv“ (mit allen weiteren Implikationen, s.u.) kann zurückgehen, dass sich zwar jemand eine Partnerin / einen Partner wünscht, sich aber nie traut, die Initiative zu übernehmen, weil er mit Ablehnung rechnet und Angst davor hat, die Zurückweisung könnte seine negativen Annahmen auch noch bestätigen.

Probleme gehen sehr oft nicht auf reine „Konditionierungsprozesse“ zurück und auch nicht (nur) auf soziale Kompetenzdefizite, sondern auf ungünstige Annahmen, die eine Person über sich selbst, über Beziehungen, über die Realität hat: Die Annahmen führen dann, wenn sie in betreffenden Situationen aktiviert werden, zu Unsicherheit, Angst, Vermeidung, zu ungünstigen Interpretationen der Situation (als „bedrohlich“, als Situation, „in der man scheitern kann“, als Situation, „in der man wieder abgewertet wird“ usw.) und zu ungünstigen Handlungen. Dieses ungünstige Erleben und Verhalten der Person *wird dann nicht von der Situation selbst erzeugt*, in der sich die Person befindet, sondern durch die aktuellen Verarbeitungsprozesse, die wiederum durch die Schemata determiniert werden, die durch die Situation aktiviert werden. Schema-theoretisch gesehen sind „Situationen“ nicht „Ursachen“ des Verhaltens (wie in der klassischen Skinner-Theorie), sondern nur „Auslöser“ dysfunktionaler Verarbeitungsprozesse, die dann wiederum Effekte auf Verhalten ausüben.

Auslösende Situationen aktivieren Schemata, die dann zu aktuellen Verarbeitungsprozessen (Kognitionen, Affekten, Emotionen, Handlungsimpulsen) führen, die dann wiederum Handlungen initiieren. Situationen führen nicht direkt zu Verhalten; zentral sind dagegen die relevanten Schemata und die durch diese initiierten aktuellen Verarbeitungsprozesse.

Damit erweitert die Schematheorie die klassische VT-Theorie um Verarbeitungsprozesse und Schemata (Abbildung 2): Situationen lösen über die Aktivierung von Schemata aktuelle Verarbeitungsprozesse („automatische Gedanken“, Interpretationen, Affekte, Handlungsimpulse) aus und *diese* (nicht die Situation selbst) determinieren dann die Handlung!

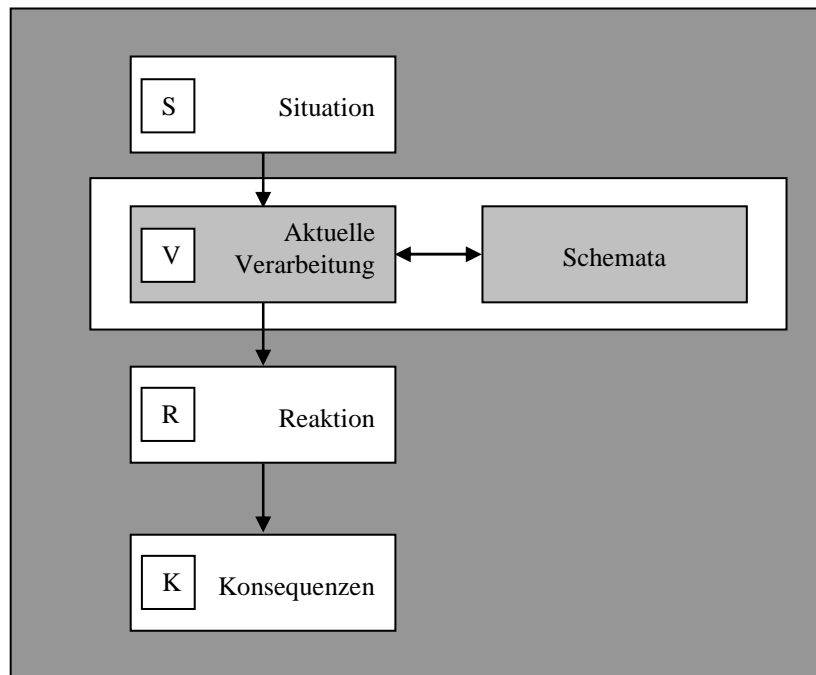


Abbildung 2: Situation und Schema

Daher ist es therapeutisch dann auch hoch relevant,

- diese relevanten Schemata zu identifizieren,
- sie valide kognitiv zu repräsentieren, sie also der Person „bewusst“ und verständlich zu machen,
- sie therapeutisch zu hemmen und durch konstruktive, alternative Schemata zu ersetzen.

Wir wollen uns hier vor allem mit solchen Schemata befassen, die Grawe (1998) als „exekutive Schemata“ bezeichnet hat, also solche Schemata, die, wenn sie aktiviert sind, auch tatsächlich in die Verarbeitung einer Person eingreifen.

Exekutive Schemata sind solche, in denen Schlussfolgerungen aus Erfahrungen (nicht die Erfahrungen selbst!) gespeichert werden: Aus Reihen von Erfahrungen zieht die Person hoch generalisierte und völlig von konkreten Situationen abstrahierte Schlussfolgerungen über sich selbst, über ihr eigenes Wohlergehen, über Beziehungen, über „die Realität“. Exekutive Schemata sind somit hoch generalisiert und komprimiert *und* für die Person hoch relevant: Es sind relevante Annahmen über die eigene Person („ich bin ein Versager“), über Beziehungen und die Relevanz von Beziehungen für die eigene Person („in Beziehungen werde ich nicht akzeptiert“) oder über Realität und die Relevanz der Realität für die eigene Person („mein Verhalten hat keinen Effekt auf andere“).

Diese exekutiven Schemata sind es, die durch relevante Situationen aktiviert werden und deren Aktivierung die weitere Informationsverarbeitung und Handlungsregulation einer Person steuern.

Bei vielen psychischen Störungen spielen dysfunktionale Schemata eine zentrale Rolle:

- Bei vielen Angst-Störungen (wie sozialen Ängsten),
- bei Depressionen,
- bei Persönlichkeitsstörungen (wie z.B. der narzisstischen (Sachse, 2002, 2004a, 2006b, 2007, 2008, 2014b, 2014c; Sachse, Sachse & Fasbender, 2011), der histrionischen (Sachse, 2002, 2004a, 2007, 2008; Sachse, Fasbender, Breil & Sachse, 2012), der dependenten (Sachse, Breil, Sachse & Fasbender, 2013) und der selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung (Sachse, Fasbender & Sachse, 2014)),
- der schizoiden Persönlichkeitsstörung (Sachse, 2014a) und der zwanghaften Persönlichkeitsstörung (Sachse, Kiszkenow-Bäker & Schirm, 2015),
- bei psychosomatischen Störungen (Sachse, 1995, 2006a).

3 Biographie

Schemata bilden sich in der Biographie: Dysfunktionale Selbst-Schemata der Art „ich bin nicht ok“, „ich bin ein Versager“ etc. entstehen, wenn der Person von wichtigen

Bezugspersonen konsistent und über lange Zeit hinweg negatives Feedback vermittelt wird der Art: „Du schaffst es nicht“, „Du kannst meine Erwartungen nicht erfüllen“, „Du bist nicht gut genug“ etc.

Je massiver negativ das Feedback ist, desto stärker negativ werden die Schemata; ist die Erfahrung sehr negativ, bis hin zu traumatisierender Erfahrung, dann werden die Schemata *extrem* negativ, wie „ich bin totale Scheisse“, „ich bin komplett wertlos“, „ich kann überhaupt nichts“.

Je nachdem, welches der sechs Beziehungsmotive

- Anerkennung
- Wichtigkeit
- Verlässlichkeit
- Solidarität
- Autonomie
- Grenzen/Territorialität

in der Biographie systematisch frustriert wird, bilden sich negative Selbst- und Beziehungsschemata sowie dysfunktionale kompensatorische Schemata, wie Norm- und Regel-Schemata „auf dieser Motiv-Ebene“.

Auf der Wichtigkeitsebene bilden sich Selbst-Schemata wie „ich bin nicht wichtig“, „ich habe anderen nichts zu bieten“; und es bilden sich Beziehungsschemata wie „in Beziehungen wird man nicht gesehen und gehört“, „in Beziehungen erhält man keine Aufmerksamkeit“ etc.

Es bilden sich jedoch auch stark und hoch dysfunktionale kompensatorische Schemata wie rigide Norm-Schemata und starke Regel-Schemata aus, die der Person wieder (massive) Probleme bereiten.

Eine Frustration eines Beziehungsmotivs hat psychologisch zur Folge,

- dass das frustrierte Motiv hoch in der Hierarchie bleibt und immer wesentlicher wird,
- dass sich zu dem Motiv dysfunktionale Selbst- und Beziehungsschemata ausbilden.

Weist eine Person ein dominantes Motiv auf, dann weist sie mit hoher Wahrscheinlichkeit auch entsprechende dysfunktionale Schemata auf und umgekehrt.

Ist eine Person auf mehreren Motiven frustriert, dann weist sie auch auf jedem dieser Motive dysfunktionale Schemata auf.

Im Extremfall, wenn eine Person durch stark gestörte Bezugspersonen in ihrer Biographie stark traumatisiert wurde, *kann die Person auf allen sechs Motiven massiv dysfunktionale Schemata aufweisen.*

Dies hat massive psychologische Auswirkungen wie:

- massive Selbstzweifel,
- starke Toxizitätsschemata,
- massives Misstrauen anderen gegenüber,
- massive Bindungsprobleme,
- massive internale und interaktionelle Konflikte,
- massive hyper-allergische Schemata, die von Interaktionspartnern (IP) schnell und heftig getriggert werden können,
- damit massive aggressive Verhaltensweisen,
- massive interaktionelle Unberechenbarkeit,
- massive Konflikte zwischen Nähe (aufgrund der Motive) und Distanz (aufgrund der Schemata).

4 Schema-Borderline-Störungen

4.1 Einleitung

Wir möchten Personen, die auf allen Beziehungsmotiven traumatisiert sind und die damit auf allen sechs Motiven (massiv) negative Schemata aufweisen, als Schema-Borderline-Klienten bezeichnen: Diese Klienten weisen Probleme auf, die deutlich über die Probleme sogenannter „reiner Persönlichkeitsstörungen“ weit hinausgehen.

Während der Begriff der Schema-Borderline-Störung wahrscheinlich eine Dimension darstellt, variierend zwischen „starker Ausprägung“ und „schwacher Ausprägung“, ist es ebenso mit der davon unabhängigen Dimension der Dysregulations-Borderline-Störung. Letztere beschreibt einen spezifischen Problemkreis im Bereich der Emotionsregulation und schwankt ebenfalls zwischen einer „schwachen Ausprägung“ und einer „starken Ausprägung“. Dies ergibt vier mögliche Kombinationsmöglichkeiten: (1) schwache Schema-Störung und schwache Dysregulationsstörung: der Klient zeigt einige Anzeichen auf beiden Dimensionen an, ohne dass weder der eine oder andere Aspekt signifikant mit dem psychosozialen Funktionieren der Person interferiert; (2) schwache Schema-Störung bei starker Dysregulationsstörung: der Klient zeigt v.a. Probleme, seine intensiven Emotionen zu

regulieren, ohne dass signifikante Interaktionsprobleme (z.B. Interaktionsspiele) wahrnehmbar sind; (3) starke Schema-Störung bei schwacher Dysregulationsstörung: der Klient reguliert adäquat seine Emotionen, auch bei schwierigen Themen, aber es zeigen sich signifikante Interaktionsprobleme; (4) starke Schemastörung bei starker Dysregulationsstörung: der Klient zeigt Schwierigkeiten, sich zu kontrollieren und nutzt diese Störung im Rahmen seiner Interaktionsspiele. Im Folgenden werden wir nur auf die Klienten eingehen, welche eine stark ausgeprägte Schema-Borderline-Störung aufweisen, eingehen (also 3 und 4). Im Rahmen einer integrativen Therapie der Borderline Persönlichkeitsstörung (Breil & Sachse, 2011) sind aber beide Dimensionen in komplementärer Weise zu berücksichtigen.

In der Biographie weisen diese Personen mit starker Ausprägung der Schema-Störung meist nahe Bezugspersonen auf, die selbst stark gestört sind, die

- eine Borderline-Störung aufweisen,
- eine psychotische Störung,
- eine schizoaffektive Psychose,
- eine massive Alkohol- oder Drogenabhängigkeit.

Diese Personen

- weisen damit selbst massive Emotionsregulationsprobleme auf und/oder
- starke Impuls-Kontroll-Störungen und/oder
- sind daher massiv aggressiv und/oder
- sind stark interaktionell unberechenbar; sie sind mal freundlich, mal massiv ärgerlich, abweisend, abwertend, strafend etc.

Sie traumatisieren die Personen auf allen Beziehungsmotiven, indem sie

- abwertend sind,
- ablehnend,
- unverlässlich,
- unsolidarisch,
- autonomie-einschränkend oder autonomie-überfordernd,

- grenzüberschreitend sind.

Insbesondere neigen sie dazu, die Kinder/Jugendlichen (extrem) stark zu *invalidieren*: Um sich selbst zu schützen, um Kontrolle auszuüben etc. geben sie den Kindern/Jugendlichen ein Feedback,

- dass diese sich in ihren Interpretationen ihrer Person oder der Situation irren,
- dass diese falsche Schlüsse aus Affekten oder Emotionen ziehen,
- dass diese ohnehin ihre eigenen Affekte oder Emotionen nicht richtig verstehen oder verstehen können,
- dass diese sich auf ihr Wissen, ihre Interpretationen und Schlüsse ohnehin nicht verlassen können u.ä.

Die Person muss im Umgang mit diesen Personen spezifische Fähigkeiten lernen:

- Unterschiedliche manipulative Strategien, um mit der jeweiligen Situation umgehen zu können;
- die Fähigkeit schnell einzuschätzen, wie ein Interaktionspartner „drauf“ ist.

D.h. die Personen müssen in hohem Maße kognitive und emotionale Empathie lernen (als eine Art „Überlebensstrategie“).

Dennoch machen die Personen konsistent die Erfahrung,

- dass sie nicht wirklich mit der Situation umgehen können,
- dass sie nie wirklich Kontrolle haben,
- dass sie der Situation letztlich ausgeliefert bleiben,
- dass ihre manipulativen Strategien zwar manchmal wirken, aber dennoch nicht durchgängig Kontrolle schaffen.

Eine besonders relevante Erfahrung ist dabei die *Invalidierung*: Durch Bezugspersonen werden eigene Wahrnehmungen, Erfahrungen, Interpretationen, ja sogar die Interpretation eigener Emotionen und Affekte systematisch in Frage gestellt, wodurch wiederum hochdysfunktionale Schemata entstehen (s.u.).

4.2 Viele Persönlichkeitsstörungen

Wir haben ausgeführt (Sachse, 1999, 2004b, 2006c, 2013; Sachse, Sachse & Fasbender, 2010), dass die Entwicklung dysfunktionaler Selbst- und Beziehungsschemata *und* die Entwicklung kompensatorischer Schemata zur Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen (PD) führen.

Eine PD ist durch *eine* solche „Ebene“ gekennzeichnet: Ein spezifisches Beziehungsmotiv plus spezifische Selbst- und Beziehungsschemata plus spezifische kompensatorische Norm- und Regel-Schemata.

Oft weisen Personen Komorbiditäten auf, d.h. sie weisen zwei oder drei Persönlichkeitsstörungen auf, also zwei oder drei solche Motiv-Schema-Ebenen.

Schema-Borderline-Klienten weisen dagegen meist *mehrere Persönlichkeitsstörungen parallel* auf und damit zeigen sie oft auch

- parallel sowohl Nähe-, als auch Distanz-Störungen,
- hoch konflikthafte Persönlichkeitsstörungen parallel.

Nach unserer Erfahrung gibt es in diesen Fällen eine Haupt- oder Leit-Akzentuierung, also eine *besonders ausgeprägte PD*: Oft ist das Histrionik.

Neben dieser histrionischen PD zeigen die Klienten aber oft

- eine passiv-aggressive PD,
- eine paranoide PD.

Sie zeigen damit auch hohe interne Konflikte (z.B. zwischen histrionisch und dependent oder zwischen dependent und paranoid); diese internen Konflikte machen sich dann auch in (massiv) inkonsistentem Interaktionsverhalten bemerkbar, was wiederum zu starken interaktionellen Konflikten führt.

Diese Klienten wechseln dann auch oft die Modi: Sie gehen in einen histrionischen Modus und interagieren wie eine Histrionikerin; sie können dann aber innerhalb von Sekunden in einen paranoiden Modus wechseln und interagieren dann wie ein Paranoider. Derartige Modi-Wechsel vollziehen sich auch innerhalb einer Therapiestunde und zwingen den Therapeuten, z.B. sein komplementäres Handeln ebenfalls schnell zu verändern.

4.3 Beispiele für dysfunktionale Schemata

Wir wollen hier für die sechs Beziehungsmotive Beispiele für dysfunktionale Selbst- und Beziehungsschemata geben.

Beziehungsmotiv	Selbst-Schema	Beziehungsschema
Anerkennung	Ich bin totale Scheisse. Ich bin völlig unakzeptabel. Ich kann gar nichts.	In Beziehungen wird man nur abgewertet, kritisiert und niedergemacht.
Wichtigkeit	Ich bin völlig wertlos. Ich bin hochgradig schädlich für andere.	In Beziehungen zählt man nichts. In Beziehungen wird man nicht ernst genommen, ignoriert.
Verlässlichkeit	Ich bin es nicht wert, dass jemand bei mir bleibt. Ich treibe andere aus Beziehungen.	Beziehungen sind nicht verlässlich. Man wird immer wieder verlassen.
Solidarität	Ich bin es nicht wert, dass jemand mit mir solidarisch ist.	Beziehungen sind nie solidarisch. Man kann sich auf niemanden verlassen. Keiner kümmert sich.
Autonomie	Ich kann meine Autonomie nicht verteidigen.	Anderer bevormunden und kontrollieren mich.
Grenzen/Territorialität	Ich kann meine Grenzen nicht schützen, mein Territorium nicht verteidigen.	Anderer überschreiten meine Grenzen. Andere richten in meinem Territorium Schaden an.

Misstrauenschemata

Ein zentrales Meta-Schema der Schema-Borderline-Störung ist das Misstrauensschema. Das Misstrauensschema bezeichnet zwei Aspekte der generalisierten Beziehungserfahrung: a) Misstrauen anderen Menschen gegenüber (Misstrauen gegen außen) und b) Misstrauen der eigenen Erfahrung gegenüber (Misstrauen gegen innen). Misstrauen gegen außen entspricht der allgemeingültigen Benutzung des Begriffs: der Klient vertraut zentralen Personen nicht, lässt sich nicht ein, öffnet sich nicht genügend und zieht sich innerlich aus Beziehungen zurück. Misstrauen gegen innen bezeichnet die Unfähigkeit, seinen eigenen inneren Signalen zu vertrauen, dass diese wertvolle Informationen enthalten. Dabei sollte von einer möglichen Alienation unterschieden werden. Bei der letzteren sind Informationen allgemein unklar, bei Misstrauen gegen innen sind die Informationen da, aber die Haltung des Selbst der

Information gegenüber ist von grundsätzlichem Zweifel geprägt, auch bei ganz trivialen Informationen. So drückt ein Klient, der sich wütend zeigt, klar Zweifel aus, ob er es wirklich ist (mit der Hoffnung, dass der Zweifel die Intensität des Erlebens entschärft, was sich als unmöglich erweist).

4.4 Kompensatorische Schemata und Strategien

Schema-Borderline-Klienten entwickeln starke kompensatorische Schemata und manipulative Strategien.

Sie entwickeln massive Regel-Schemata, also starke Regeln für Interaktionspartner (IP), an die sich diese zu halten haben, z.B.

- man hat mich respektvoll zu behandeln,
- man hat mich nicht zu kritisieren,
- man hat mir immer volle Aufmerksamkeit zu geben.

Die Klienten entwickeln auch in hohem Maße *manipulative Strategien*: Was sie gut spielen können, ist z.B.

- das Arme-Schwein-Spiel,
- das Opfer-der-Umstände- oder anderer-Personen-Spiel,
- das Immer-ich-Spiel,
- das Dornröschen-Spiel.

Die Klienten können auch, ähnlich wie Histrioniker, mit Symptom-Produktionen manipulieren:

- Ängste.
- Schmerzen,
- Herzbeschwerden etc.

Und sie manipulieren in hohem Maße durch *Suiziddrohungen und sogar mit Suizid-Handlungen*. Außerdem manipulieren sie über Selbstverletzungen, selbstschädigendes oder impulsives Handeln.

Die Klienten manipulieren auch in hohem Maße über *Interaktionstests*: Sie provozieren (kritisieren, werten (massiv ab) etc., um festzustellen, ob der Interaktionspartner ebenfalls aggressiv wird („seine Fassade fallen lässt“) oder ob er zugewandt und freundlich bleibt. Dabei nutzen Klienten oft ihre Empathie-Fähigkeit, um (schnell) die „Schwachstellen“ des Therapeuten zu finden, um den Therapeuten genau an dieser Stelle zu treffen.

Einem Therapeuten, der selbstunsicher ist, sagt eine Klientin: „Sie haben eine Partnerin, das hätte ich nicht gedacht.“

Einem Therapeuten, der starke Leistungsselbstzweifel hat, sagt die Klientin: „Dass Sie ein Diplom geschafft haben, ist erstaunlich.“

Die Klientin nutzt dazu ihre Fähigkeit, andere einzuschätzen und versucht, die Interaktionspartner genau dort zu treffen, wo es richtig weh tut, sie sagt also z.B.:

- Sie sind eine reduzierte Persönlichkeit.
- Ihnen laufen die Klienten ja sowieso weg.
- Ihre Stimme ist schrecklich.

Und da die Person in einem *massiven* Konflikt ist zwischen einem sehr starken Beziehungsmotiv (das sie veranlasst, sich auf die Beziehung zum Therapeuten einzulassen) und sehr negativen Selbst- und Beziehungsschemata (die sie veranlassen, sich *nicht* auf die Beziehung einzulassen), muss sie

- sehr hart testen,
- sehr oft und sehr lange testen.

Damit ist die Person aber in einem massiven internalen *Konflikt* zwischen der Tendenz, sich auf die Beziehung zum Therapeuten einzulassen und der Tendenz, dies nicht zu tun. Dieser Konflikt ist massiv unangenehm und er paralyisiert sie: Aus diesem muss sie einen Ausweg finden. *Und der Ausweg ist ein Test*: Sie „pisst den IP an“ und schaut, ob er freundlich und zugewandt bleibt (dann hat er den Test bestanden) oder ob er ärgerlich und ablehnend wird (dann hat er den Test verweigert). In jedem Fall hat die Person jedoch Klarheit.

5 Zentrale Schemata

5.1 Einleitung

Schema-Borderline-Klienten weisen aber nicht nur stark dysfunktionale Schemata auf allen Beziehungsmotiven auf.

Sie weisen auch dysfunktionale Schemata auf, die man als „zentrale Schemata“ bezeichnen kann.

„Zentrale Schemata“ sind besonders wesentliche psychologische Annahmen an ganz zentralen Stellen der Informationsverarbeitung: Sie determinieren zentrale „Schaltstellen“ des psychologischen Funktionierens.

Wir möchten hier auf einige zentrale Schemata von Klienten näher eingehen.

5.2 Zentrale Annahmen über die eigene Person

1. Die eigenen Affekte und Emotionen sind keine validen Informationsquellen über die eigene Person.

Die Person traut ihren eigenen Affekten und Emotionen nicht; sie glaubt nicht, dass diese valide Informationen über Motive, Präferenzen etc. liefern. Damit kann sie sich auf diese Informationen nicht verlassen!

Im Grunde vertraut die Person sich selbst und ihrem eigenen Funktionieren nicht.

Damit schneidet sie sich aber selbst von sehr wichtigen Informationen über (implizite) Motive, Ziele, Präferenzen etc. ab: Sie weiß nicht, was sie möchte oder nicht möchte, sie entwickelt ein hohes Ausmaß an *Alienation*.

2. Das eigene Weltwissen ist keine solide Basis für die Interpretation von Situationen und keine Basis für Entscheidungen.

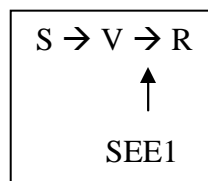
Die Person misstraut ihrem eigenen Wissen und sie misstraut damit den Interpretationen von Situationen: Sie weiß nicht, ob sie sich auf ihre Intuition, auf ihre Interpretation und damit auf ihre Entscheidungen verlassen kann. Damit kann die Person auch kein Modell über die Realität, einschließlich der sozialen Realität, entwickeln, dem sie vertraut und auf die sie sich verlassen kann. Situationen sind damit immer unklar, mehrdeutig, unzuverlässig; die Person kann sich nie sicher sein, keine sicheren Entscheidungen treffen und nicht planen.

3. Situationsinterpretationen liefern keine sichere Basis für ein Handeln in der Realität.

Aufgrund dieser Annahme hat die Person nie eine sichere Handlungsbasis: Sie kann nicht geplant und sinnvoll handeln. Ihr Handeln ist immer von Unsicherheit geprägt. Im Extremfall resultiert das in ungeplantem oder chaotischem Handeln.

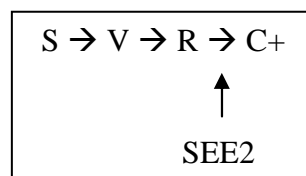
4. Eigene Fähigkeiten und Fertigkeiten sind nicht ausreichend, um in Situationen effektiv zu handeln.

Diese Annahme schränkt die erste Selbst-Effizienz-Erwartung der Person massiv ein: Die Erwartung, dass die Person eine relevante Handlung überhaupt ausführen kann.



5. Eigene Handlungen bewirken keine konstruktiven Effekte in der Realität.

Diese Annahme schränkt die zweite Selbst-Effizienz-Erwartung der Person massiv ein: Die Erwartung, dass eine eigene Handlung in der Realität positive Effekte erbringt:



Diese Annahme impliziert, dass die Person keine effektive Kontrolle über die Realität hat. Dementsprechend kann die Person sich als Spielball von Schicksal oder von anderen Personen wahrnehmen.

6. Es ist nicht möglich, die eigenen Grenzen effektiv zu schützen.

Wir halten diese Annahme für eine zentrale Annahme: Denn die Sicherung der eigenen Grenzen ist für ein Gefühl von Sicherheit und auch für ein Gefühl eigener stabiler Identität von großer Bedeutung. Die Annahme impliziert, dass man nie vor Bedrohungen sicher sein kann, auch, dass die eigene Identität nie völlig geschützt ist. Das macht die Person empfindlich für alle Aktionen von IP, die sich als Grenzverletzungen interpretieren lassen.

5.3 Annahmen über andere Personen

7. Andere Personen können nicht valide verstanden und eingeschätzt werden.

Mit dieser Annahme kann die Person nie sicher sein, dass sie eine andere Person wirklich versteht, wirklich „durchschaut“ und ob sie den IP wirklich einschätzen kann. Damit kann sie dem anderen auch nie wirklich vertrauen: Sie weiß nie sicher, ob sie sich auf ihn verlassen kann, ob sie wirklich sicher ist, ob er wirklich zuverlässig, solidarisch, freundlich etc. ist: Es könnte immer sein, dass der IP irgendwann mal sein „wahres Gesicht“ zeigt und sich als böartig, hinterhältig etc. entpuppt.

Damit kann die Person auch keine wirkliche Beziehung zu einem IP eingehen, sich in einer Beziehung nie sicher, wohl, geborgen fühlen.

Und: Auch mit zunehmender Beziehungserfahrung wird eine Beziehung kaum sicherer und verlässlicher: Denn ein Rest von Uneinschätzbarkeit bleibt immer. Das gilt auch für eine therapeutische Beziehung: Trotz langer Erfahrung bleibt die Beziehung letztlich uneinschätzbar.

8. Möglicherweise weisen andere Personen keine positiven Eigenschaften auf.

Diese Annahme bedeutet,

- dass man anderen keinen „Vertrauensvorschuss“ geben kann;
- dass man nicht davon überzeugt sein kann, dass eine Person positiv *ist*, nur weil sie positiv handelt.

5.4 Annahmen über die Realität

9. Die Realität ist nicht kontrollierbar.

Mit dieser Annahme ist es unmöglich, „ein entspanntes Verhältnis“ zur Realität zu haben: Kontrolle ist eine Fiktion, man kann sie nicht gewinnen. Damit ist man aber auch unter der Kontrolle anderer Mächte: Schicksal, Chaos, andere Personen.

Daraus kann Fatalismus resultieren: Man versucht gar nicht mehr, etwas zu kontrollieren.

Daraus kann aber auch Chaos resultieren: Man organisiert nichts mehr, sondern lässt alles laufen.

10. Realität kann nicht positiv beeinflusst werden.

Dies kann die Motivation zu planen, zu organisieren, zu handeln stark negativ beeinflussen.

11. Die Zukunft ist die Fortsetzung der negativen Gegenwart.

Diese Annahme kann zu Pessimismus, Negativismus, aber auch zu Hoffnungslosigkeit führen und ist damit eine Grundlage für Depression und Suizidalität.

6 Konsequenzen

6.1 Identität

Wenn eine Person

- ihre eigenen Affekte und Emotionen nicht als valide Informationsquelle für eigene Präferenzen wahrnimmt,
- damit keine Repräsentation über eigene (implizite) Motive, Ziele und Präferenzen hat,
- ihren eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten nicht vertraut,
- ihren eigenen Situationseinschätzungen nicht traut und damit keine guten Realitätsmodelle entwickeln kann,
- annimmt, ihre eigenen Grenzen nicht schützen zu können,

dann hat die Person keine klar definierte Vorstellung von sich selbst: Davon, wer sie ist und davon, was sie von anderen unterscheidet. Das bedeutet, die Person entwickelt keine klare Identitätsdefinition.

6.2 Beziehung

Wenn eine Person

- den positiven Affekten und Emotionen einer anderen Person nicht vertraut,
- das Verhalten anderer nicht valide einschätzen kann,
- dem Verhalten anderer nicht traut,
- annimmt, dass sie ihre eigenen Grenzen nicht schützen kann,
- annimmt, andere Personen nicht valide einschätzen zu können,

dann hat das gravierende Konsequenzen für die Beziehungen und Beziehungsgestaltungen:

- Die Person kann sich nur „unter Vorbehalt“ auf Beziehungen zu anderen einlassen,
- muss vorsichtig und misstrauisch bleiben und das für eine lange Zeit,
- kann sich in Beziehungen nie sicher und wohl oder gar geborgen fühlen,
- muss immer vorsichtig, aufmerksam und kontrollierend sein („ständige Alarmbereitschaft“).

7 Therapie

7.1 Grundlegende Probleme

Betrachtet man die Struktur der Schemata der Schema-Borderline-Klienten, dann wird deutlich, dass eine fatale Situation besteht: *Die Schemata sind so konstelliert, dass sie die therapeutischen Angebote des Therapeuten stark bis systematisch sabotieren.*

Die Klienten halten den Therapeuten auf Distanz; sie testen stark und erzeugen selbsterfüllende Prophezeiungen; sie minimieren die Wirkungen der Beziehungsgestaltungen.

Die Schemata führen zu Missverständnissen und Kränkungen etc. Die Schemata erzeugen ein Minenfeld, durch das der Therapeut hindurch muss; zu Therapiebeginn hat er aber noch keinen Plan der Minen, muss aber trotzdem gehen: Es ist keine leichte Übung.

7.2 Therapeutische Maximen

Es ist sinnvoll, wenn ein Therapeut sich an therapeutische Maximen hält und wenn er gegebenenfalls diese dem Klienten auch mitteilt:

- Die Vergangenheit ist für den Klienten schlecht gelaufen.
- An der Vergangenheit können wir nun nichts mehr ändern.
- Aber wir können daran arbeiten, dass es von nun an besser geht.
- Von nun an müssen wir an neuen Lösungen arbeiten.

- Neue Lösungen sind schwierig zu finden, aber sie können gefunden werden.
- Um neue Lösungen zu finden, müssen wir zuerst die aktuellen Probleme verstehen.
- Dazu müssen wir verstehen, wie die Probleme psychisch funktionieren.
- Klären vor Lösen!
- Weder Klärungen noch Lösungen passieren von selbst.
- Sie müssen von Therapeut *und* Klient hart erarbeitet werden.
- Der Klient hat nur zwei Alternativen:
 - Lass es, wie es ist!
 Oder:
 - Andere sie!
- Für Änderungen muss man sich entscheiden.
- Änderungen geschehen langsam, Schritt für Schritt.

7.3 Drei-Ebenen-Modell

In der Therapie kann man auf drei Ebenen arbeiten:

- Der Beziehungsebene,
- der Inhaltsebene,
- der Bearbeitungsebene.

Und man kann auf zwei Niveaus kommunizieren:

- Dem Objekt-Niveau,
- dem Meta-Niveau.

	Beziehung	Inhalt	Bearbeitung
Objekt-Niveau	Allgemeine Beziehungsgestaltung	Schema-Klärung	Gegensteuerung gegen Vermeidung
	Komplementäre Beziehungsgestaltung	Schema-Bearbeitung	Klärung von Vermeidung
Meta-Niveau	Kommunikation über Beziehung	Kommunikation über Schemata	Kommunikation über Vermeidung

7.4 Beziehungsgestaltung

7.4.1 Bedeutung von Beziehungsgestaltung

Selbst wenn Therapeuten eine gute Beziehungsgestaltung realisieren, indem sie

- akzeptierend, respektvoll, loyal, empathisch etc. sind,
 - hoch komplementär zu den jeweils aktiven Beziehungsmotiven der Klienten sind,
- entwickeln die Klienten dennoch nur äußerst langsam Vertrauen zum Therapeuten.*

Der Beziehungskredit

- entwickelt sich extrem langsam,
- wird schnell wieder (völlig) abgebucht.

Das „Beziehungskonto“ des Therapeuten ist zu Therapiebeginn nicht Null; aufgrund des Misstrauens ist es weit im Minus.

Und der Therapeut muss sehr lange Beziehungsarbeit machen, bevor er überhaupt nur auf „Null“ kommt.

Bei Schema-Borderline-Klienten muss ein Therapeut *sehr lange* eine sehr intensive Beziehungsgestaltung realisieren. Der Therapeut muss z.B.

- hoch authentisch sein, also hoch kongruent,
- hoch empathisch,
- hochgradig respektvoll und akzeptierend.

Und der Therapeut

- muss Tests bestehen,
- konstruktiv mit manipulativen Strategien umgehen.

7.4.2 Allgemeine Beziehungsgestaltung

Ein Therapeut muss also in sehr hohem Maße eine allgemeine Beziehungsgestaltung realisieren.

Ein Therapeut sollte durchweg ein hohes Ausmaß an Respekt realisieren, an Akzeptierung, an Kongruenz, an Loyalität und an Empathie.

7.4.3 Komplementäre Beziehungsgestaltung

Ein Therapeut sollte in hohem Ausmaß eine komplementäre Beziehungsgestaltung zu den relevanten Beziehungsmotiven realisieren: Diese muss vom Therapeuten jedoch in hohem Maße *flexibel* gestaltet werden: Da ein Klient seine Modi (die aktuellen PD) flexibel ändern kann, muss auch der Therapeut seine komplementäre Beziehungsgestaltung flexibel anpassen können.

Ein Therapeut sollte sich zu allen sechs Beziehungsmotiven komplementär verhalten. Da die Klienten jedoch die Persönlichkeitsstörungsmodi wechseln, muss ein Therapeut

- erkennen und verstehen, in welchem Modus sich ein Klient zur Zeit befindet, d.h. verstehen, „aus welcher Persönlichkeitsstörung heraus“ der Klient jeweils agiert,
- und damit verstehen, welches Beziehungsmotiv beim Klienten jetzt aktuell die Exekutive dominiert,
- und dann genau die entsprechende komplementäre Beziehungsgestaltung zu *diesem* Beziehungsmotiv realisieren.

7.5 Umgang mit Tests

Wie ausgeführt, realisieren die Klienten eine Vielzahl von „harten“ Tests: Deshalb ist es erforderlich, dass ein Therapeut durch umfangreiche Selbsterfahrung für sich klärt, ob er mit entsprechenden Tests umgehen kann:

- Triggern solche Tests eigene Schemata beim Therapeuten?
- Falls ja: Kann der Therapeut die ausgelösten emotionalen Reaktionen regulieren, sodass er *nicht* aggressiv, verletzt, beleidigt etc. reagiert?
- Falls er so reagiert, kann der Therapeut durch Eigentherapie seine Schemata so weit klären und hemmen, dass er im Therapieprozess angemessen reagieren kann?
- Falls nein, sollte der Therapeut besser nicht mit Schema-Borderline-Klienten arbeiten.

Der Therapeut sollte in der Lage sein, die Tests zu bestehen. Er sollte also

- *nicht* aggressiv, beleidigt, gekränkt auf die Tests des Klienten reagieren; er sollte die Beziehung zum Klienten nicht in Frage stellen und die Therapie auch nicht mit *seinen* Inhalten füllen;
- nicht defensiv reagieren, also sich nicht verteidigen, entschuldigen, vom Klienten kontrollieren lassen.

Der Therapeut sollte

- zugewandt bleiben: akzeptierend, respektvoll, empathisch bleiben können;
- deutlich machen, dass der Test die Beziehung zum Klienten nicht in Frage stellt.

Der Therapeut kann jedoch

- einen Test auch als Test transparent machen,

- deutlich machen, dass er für den Test Verständnis hat,
- deutlich machen, dass er zugewandt bleiben wird,
- aber auch deutlich machen, dass er sich vom Klienten eine andere Reaktion wünscht,
- deutlich machen, dass er weiß, dass das für den Klienten schwierig sein wird.

Sagt der Klient z.B.: „Sie sind eine reduzierte Persönlichkeit“, kann der Therapeut sagen:

- „Anscheinend wollen Sie testen, ob ich zugewandt bleibe, wenn Sie mich beleidigen.
- Ich glaube, Sie müssen das testen, weil Sie sonst nicht wissen, wie Sie mich einschätzen sollen.
- Ich bin nicht beleidigt, sondern werde Sie weiterhin respektvoll behandeln.
- Ich würde mir allerdings wünschen, Sie würden mich nicht mehr beleidigen: Ich möchte mit Ihnen respektvoll umgehen und ich würde mir wünschen, dass Sie das auch mit mir tun.
- Ich weiß aber, dass Ihnen das noch schwer fallen wird.“

Sollte der Therapeut dennoch einmal getriggert sein, *sollte er authentisch reagieren*: Er sollte niemals einem Schema-Borderline-Klienten gegenüber versuchen, diesem etwas vorzumachen: Das könnte ihn enorm viel Beziehungskredit kosten!

Ärgert sich der Therapeut z.B., sollte er sagen:

- „Ihre Aussage hat mich jetzt gerade geärgert.
- Das hat aber nichts mit Ihnen als Person zu tun, Sie haben nur gerade einen wunden Punkt bei mir getroffen.
- Das ist ok, ich rege mich auch wieder ab, es hat keine Konsequenzen für unsere Beziehung.“

Ein Therapeut muss durch das Bestehen von Tests dem Klienten signalisieren,

- dass er zuverlässig ist,
- dass er das Beziehungsangebot ernst meint und nicht kündigt,
- dass er authentisch ist und dem Klienten nichts vormacht,
- dass er berechenbar ist.

Der Therapeut muss damit dem Klienten eine neue, konstruktivere Beziehungserfahrung ermöglichen, wohl wissend, dass diese Erfahrung nur *sehr langsam* beim Klienten ankommt!

7.6 Transparenz

Aufgrund des hohen Misstrauens, das ein Klient in die therapeutische Beziehung mitbringt, muss ein Therapeut in hohem Maße transparent sein: Er sollte dem Klienten deutlich machen,

- dass in der Therapie nichts passiert, was der Klient nicht will,
- dass der Klient jederzeit „Halt“ rufen kann und der Therapeut dies nie ignoriert,
- dass der Klient jederzeit alles fragen, diskutieren darf, dass der Klient den Therapeuten kritisieren darf und der Therapeut darauf jederzeit eingeht,
- dass der Therapeut versuchen wird, dem Klienten viel zu erläutern, dass er aber nicht alles erläutern kann und nicht wissen kann, was der Klient wissen möchte: daher soll ein Klient bei Unklarheiten fragen.

Der Therapeut sollte

- viele Aspekte der Therapie erläutern, didaktisieren, erklären,
- deutlich machen, warum er etwas macht oder nicht macht,
- erläutern, was er mit einer Intervention will und nicht will, was er mit einer Aussage meint oder nicht meint.

7.7 Struktur

Bei Schema-Borderline-Klienten kann es sein, dass den Klienten Struktur fehlt (das ist nicht in jedem Fall so!). Sollte das der Fall sein, sollte der Therapeut dem Klienten Struktur geben, also z.B.

- sollte der Therapeut mit dem Klienten systematisch herausarbeiten, welche relevanten Probleme es gibt, wie sie benannt werden sollten und in welcher Reihenfolge sie bearbeitet werden sollen;
- sollte der Therapeut herausarbeiten, welche relevanten Themen bearbeitet werden sollten, sollte unter Umständen dem Klienten die Bearbeitung eines Themas vorschlagen, sollte dem Klienten vorschlagen, bei einem Thema zu bleiben und sich vom Klienten die Erlaubnis einholen, den Klienten gegebenenfalls zu einem Thema zurückzubringen.

Sollte ein Klient immer neue Themen, Probleme, Krisen produzieren, sollte der Therapeut nicht einfach „von Feuer zu Feuer laufen“, um alle zu löschen: In diesem Fall hat ein Therapeut oft dann nicht mehr genügend Zeit, relevante Probleme systematisch zu bearbeiten.

Daher sollte der Therapeut dem Klienten hier einen Kompromiss vorschlagen: Vor jeder Stunde werden die ersten 15 Minuten für aktuelle Krisen reserviert und dann wird der Rest der Stunde verwendet, um an relevanten Themen systematisch weiterzuarbeiten.

7.8 Ressourcen-Aktivierung

Von Anfang der Therapie an ist es wichtig, dass Klienten auf Stärken, Fähigkeiten, Fertigkeiten, Erfolge etc. aufmerksam gemacht werden, um derartige Aspekte beim Klienten langsam salient zu machen.

Interaktionell ist das problematisch, denn die Klienten (aufgrund ihrer Schemata)

- glauben die positiven Aspekte nicht,
- glauben dem Therapeuten die positiven Aspekte nicht,
- fühlen sich vom Therapeuten oft „verarscht“, nicht ernst genommen.

Daher ist es wichtig, dass Therapeuten deutlich machen:

- Ich, Therapeut, sehe diese Aspekte bei Ihnen.
- Ich, Therapeut, meine das sehr ernst.
- Ich sehe, dass Sie im Augenblick diese Aspekte nicht sehen können.
- Ich möchte Sie aber dennoch darauf aufmerksam machen, damit Sie sich fragen können, ob diese Aspekte nicht zutreffen könnten.
- Ich, Therapeut, tue das nicht, um Sie zu ärgern, sondern nur, weil ich Sie aufmerksam machen will.

Viel später im Prozess sollte ein Therapeut dem Klienten eine Hausaufgabe geben: Alle Stärken, positiven Eigenschaften, Fertigkeiten in einer Kladde notieren; am besten fangen Therapeut und Klient in einer Therapiestunde damit an. Der Klient soll diese Aspekte täglich lesen, darüber nachdenken, wo er sie sieht, wann er sie sieht; er soll die einzelnen Aspekte weiter ausführen, an Situationen festmachen, die Liste durch neue Ressourcen erweitern usw.

7.9 Klärung

Sobald der Klient dazu bereit ist, arbeitet der Therapeut systematisch an der Klärung und Herausarbeitung von relevanten Schemata. Dabei sollte ein Therapeut viele Explizierungen machen, also Schemata, die er kennt, stellvertretend für den Klienten deutlich machen. Später im Prozess sollten Therapeut und Klient solche Schemata auch notieren: Und zwar systematisch. Sie sollten

- die Schemata nach Beziehungsmotiven ordnen,
- nach Art der Schemata ordnen,
- und vor allem zentrale Schemata notieren.

Therapeut und Klient arbeiten jedoch nicht nur Schemata heraus:

- Sie machen auch in biographischer Arbeit deutlich, wie ein Klient an Schemata gekommen ist: Dadurch soll dem Klienten deutlich werden, wer ihm wie und wann welche Schemata vermittelt hat. Dadurch soll er erkennen, dass Schemata biographisch bedingt sind und deshalb
 - nicht automatisch wahr sind,
 - hinterfragt und
 - verändert werden können.
- Sie arbeiten auch daran, welche Wirkungen Schemata haben: Wie Schemata die Verarbeitung, die Emotion und die Handlung beeinflussen; wie Schemata zu welchen Kosten führen; dass Schemata schema-inkonsistente Informationen nicht verarbeiten, dass Schemata zu selbsterfüllenden Prophezeiungen führen und sich so selbst bestätigen.

Bei der Klärung *sollte ein Therapeut immer an die Kante des Möglichen gehen*: Er sollte immer so weit klären, so viele vertiefende Fragen stellen, wie der Klient mitarbeitet: Dabei sollte er immer darauf achten, dass seine Interventionen den Klienten nicht emotional instabilisieren.

Eine Klärung von Schemata erfolgt nur Schritt für Schritt: Ein Therapeut sollte „dran bleiben“, explizieren, dem Klienten aktiv bei der Klärung helfen. Er sollte Schemata immer wieder salient machen, explizit formulieren und auf die Effekte hinweisen.

7.10 Stabilisierende Interventionen

Interventionen des Therapeuten können einen Schema-Borderline-Klienten immer wieder destabilisieren: Es können Emotionen aktiviert werden, massive Schemata können getriggert werden und den Klienten aktuell in desolate Zustände bringen.

Therapeuten müssen derartige Instabilitäten von Klienten genau beachten, wahrnehmen und darauf reagieren: Eine Destabilisierung eines Klienten ist eine aktuelle Krise, auf die der Therapeut unbedingt sofort reagieren muss.

Der Therapeut

- muss die Situation ansprechen,

- versuchen zu klären, was aktuell passiert ist und was nun im Klienten vorgeht,
- die Verarbeitungsprozesse des Klienten aktuell stoppen,
- den Klienten auf positive Aspekte, auf Ressourcen, auf Kontrollprozesse lenken.

7.11 Emotionen

Dysfunktionale Emotionen spielen bei Schema-Borderline-Klienten eine wesentliche Rolle: Die Klienten verstehen oft ihre eigenen Emotionen nicht und fühlen sich diesen oft hilflos ausgeliefert.

Daher kann ein Therapeut den Klienten anhand des Modells von Sachse und Langens (2014) ein Modell der Emotionsgenese erläutern und anschließend mit den Klienten erarbeiten, wie ihre eigenen Emotionen entstehen.

Das Modell besagt, dass Emotionen durch kognitive Verarbeitungsprozesse zustande kommen, die in vielen Schritten ablaufen. Bei Angst geht es z.B. um eine Analyse von Bedrohungsaspekten. In Phase 1, der Situationsinterpretation, analysiert eine Person eine Situation danach, ob diese Bedrohungsaspekte enthält.

In Phase 2, der Domänen-Interpretation, geht die Person davon aus, dass die Situation gefährlich ist und analysiert dann, welchen Schaden die Situation in der eigenen Domäne anrichten kann.

In Phase 3, der Relevanz-Interpretation, analysiert die Person, was ein solcher Schaden für sie, ihre Ziele, Motive, Wünsche bedeuten würde: Hier entfaltet sich meist ein „Katastrophen-Szenario“.

In Phase 4, der Coping-Einschätzung, analysiert die Person, ob sie die Bedrohung abwenden kann oder die Folgen der Bedrohung abmildern könnte.

Alle Interpretationen können nun durch Schemata beeinflusst werden: Schemata, die aktiviert werden, beeinflussen alle vier Interpretationen und können so schnell und voreingenommen zu Bedrohungseinschätzungen führen, die nichts mehr mit der realen Situation zu tun haben. Die Angst ist damit rein „schema-gesteuert“, unangemessen, übertrieben etc. Emotionen können jedoch auch wieder schema-gesteuert (falsch) interpretiert werden, dadurch neue Schemata aktivieren und damit die Emotion verschlimmern oder zu weiteren Emotionen führen.

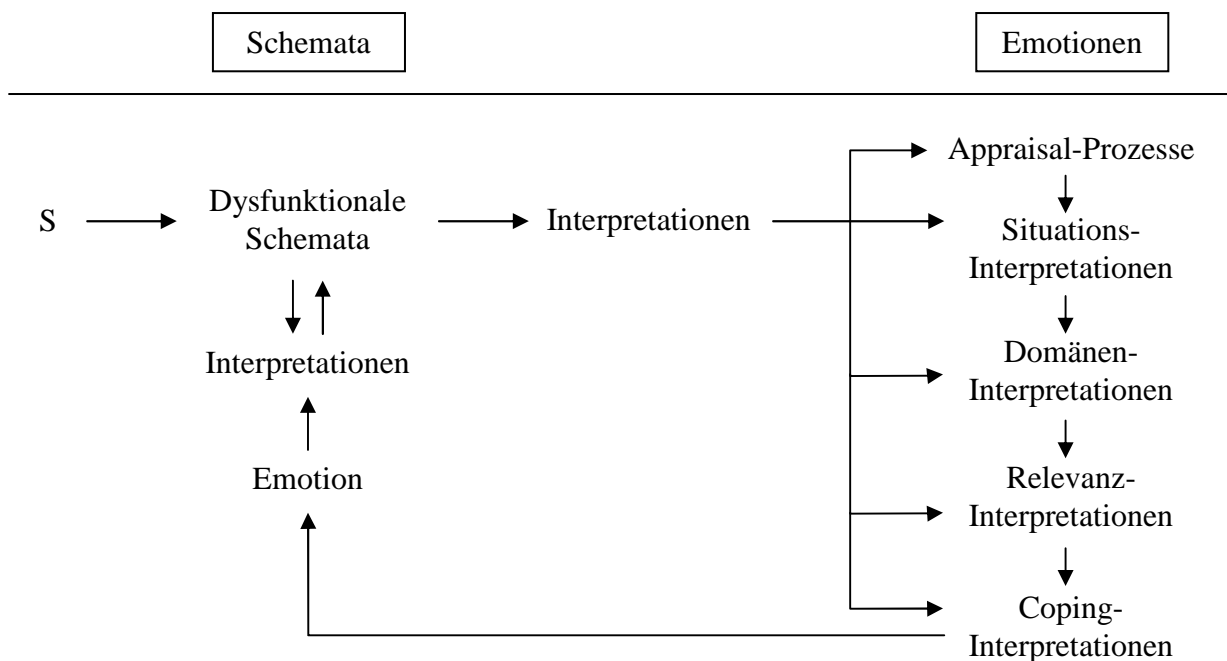


Abbildung 3: Der Einfluss dysfunktionaler Schemata auf Prozesse der Emotionsgenese

Hat der Klient einmal die Logik des Prozesses prinzipiell verstanden, kann er nun versuchen zu verstehen, wie seine eigenen Emotionen entstehen: Und kann so erkennen, dass viele Emotionen gar nicht auf reale Auslöser, sondern lediglich auf Schemata zurückgehen.

7.12 Validierung von Affekten und Emotionen

Es ist wesentlich, dass Schema-Borderline-Klienten lernen, ihren eigenen Affekten und Emotionen wieder zu vertrauen, denn diese sind wesentliche Informationsquellen für (implizite) Motive, Ziele, Präferenzen.

Daher ist es wichtig, dass Therapeuten alle Affekte und Emotionen

- immer wieder *markieren*, deutlich machen, *dass* Klienten etwas fühlen;
- immer verbalisieren und explizieren, also Klienten bei der Repräsentation der Bedeutungen helfen;
- immer wieder als bedeutsam bezeichnen, erläutern, dass diese Aspekte bedeutsam sind und erklären, warum sie bedeutsam sind.

Therapeuten sollten Klienten auch immer wieder ermuntern, Affekte und Emotionen zu verstehen: Sich zu fragen, was sie bedeuten, versuchen zu verstehen, ob sie Hinweise auf dysfunktionale Schemata sind (was sie ja sein können) oder ob sie etwas Wesentliches über eigene Motive und Präferenzen sagen. Und die Therapeuten sollten die Klienten ermutigen, den Affekten, Emotionen und Bedeutungen zu trauen, wenn sie den Eindruck haben, dass sie etwas Wichtiges bedeuten: Sie sollen Stück für Stück ernst nehmen, was ihre Affekte signalisieren, es reflektieren und versuchen, sich daran zu orientieren.

7.13 Hinterfragen und Bearbeiten der Schemata

Therapeuten sollten Klienten systematisch anleiten, die herausgearbeiteten Schemata zu hinterfragen. Die Therapeuten machen deutlich, dass

- die Schemata Annahmen sind, die der Klient in seiner Biographie gelernt hat; sie sind nicht „wahr“, sondern von Personen vorgegeben;
- der Klient sich deutlich machen soll, dass seine *Schemata* das Problem sind, dass diese Schemata systematisch geprüft und „auseinandergenommen“ werden müssen.

Der Therapeut arbeitet mit dem Klienten heraus,

- dass Schemata eine Realität herstellen, die man glauben kann, aber nicht glauben muss;
- dass Schemata systematisch Gegenbeweise ignorieren, verzerren etc.;
- dass Schemata zu selbsterfüllenden Prophezeiungen führen und sich so selbst Beweise schaffen;
- dass man deshalb Schemata *misstrauen* muss.

Dagegen sollte man jedoch Beweisen, Fakten, Erfahrungen, die auf Fakten beruhen, vertrauen. Daher fragt der Therapeut,

- welche Gegenbeweise es gegen Schemata gibt: in der Vergangenheit und aktuell;

- was gegen die Validität der Schemata spricht.

7.14 Entwicklung von Gegenannahmen

Stellt eine Person Schemata systematisch in Frage, dann demontiert sie damit auch die Grundlagen ihrer Orientierung: Das wird sie aber nur dann zulassen, wenn sie parallel Schritt für Schritt eine neue Orientierung für sich schafft.

Wenn ein Klient also deutlich macht, dass ein Schema *nicht* stimmt, dann muss er mit dem Therapeuten parallel herausarbeiten, *was denn dann stimmt*: Welche Annahmen kann der Klient denn für zutreffend halten, glauben, akzeptieren?

Daran sollte ein Therapeut immer arbeiten:

- Welche Annahmen lassen sich denn aus Erfahrungen ableiten?
- Was folgt aus Fakten und Daten?
- Was weiß der Klient über sich, seine Fähigkeiten, Fertigkeiten, über andere, darüber, wie andere mit ihm umgehen etc.?

Auch hier soll der Klient irgendwann eine Liste machen und

- die Liste täglich durchlesen, um sich die Annahmen immer wieder „auf den Schirm zu holen“;
- die Annahmen ausformulieren, elaborieren, weiter begründen;
- neue Annahmen entwickeln.

7.15 Lösung von Annahmen

Ein Schema-Borderline-Klient hält oft an Annahmen fest, selbst dann, wenn diese große Probleme bereiten: In der Biographie war alles unsicher, also geben negative, pessimistische Annahmen eine relativ sichere Orientierung: Man kann nicht mehr enttäuscht werden, man ist auf das Schlimmste vorbereitet und hat sich in einer traumatisierenden Umwelt „eingerichtet“. An den Annahmen festzuhalten, ist eine Art Schutz, eine Art von Überlebensstrategie: Der Klient kann seine Annahmen aber nur dann wirksam hinterfragen und bekämpfen, wenn er diesen Schutz wieder aufgibt.

Also muss der Therapeut an diesem Schutz aktiv arbeiten. Der Therapeut

- expliziert, dass der Klient diese Annahmen macht, um Sicherheit, Zuverlässigkeit und Berechenbarkeit zu schaffen;

- expliziert, dass der Klient dies nicht aufgeben möchte, weil er Angst hat, diese Sicherheiten zu verlieren und sich auf „dünnes Eis“ zu begeben;
- macht deutlich, dass er die Tendenz verstehen kann und der Klient selbst entscheiden sollte, wann er sie aufgeben will;
- macht aber auch deutlich, dass der Klient sich selbst an einer Entwicklung hindert, wenn er die Tendenz nicht aufgibt: der Klient verlässt die sichere Eishöhle nicht, aber dann bleibt es kalt und einsam;
- ermuntert den Klienten, mit ihm Gründe dafür zu entwickeln, die dafür sprechen, den Schutz aufzugeben und sich Schritt für Schritt auf neue Erfahrungen einzulassen.

Der Therapeut sollte hier mit dem Klienten klären,

- wozu der Klient diesen Schutz, die Annahmen genau braucht;
- was die Annahmen dem Klienten genau helfen;
- was dem Klienten, gemessen an dem Stand der Entwicklung, schlimmstenfalls passieren könnte, wenn er den Schutz aufgibt.

7.16 Manipulation

Schema-Borderline-Klienten sind hoch manipulativ und das oft auch schon von Beginn der Interaktion an. Therapeuten müssen konstruktiv mit dieser Manipulation umgehen. Strategien der Klärungsorientierten Psychotherapie können hier sehr nützlich sein. Im Rahmen der Behandlungen der Borderline-Klienten ist der konstruktive Umgang mit Manipulation aber nicht in jeder Situation wirklich möglich. Z.B. kann eine Borderline-Klientin, ganz am Schluss einer Therapiesitzung, mit selbstschädigendem Verhalten drohen, wenn der Therapeut ihr nicht die anxiolytische Medikation verordnet. Diese manipulative Strategie ist sehr verbreitet und kann Therapeuten schnell überfordern. Einerseits lernen Therapeuten, dass Medikation in diesen klinischen Situationen nicht immer hilfreich ist, und sogar zusätzliche Probleme (z.B. Abhängigkeit) verursachen kann, andererseits wissen Therapeuten, dass diese KlientInnen sich wirklich selber verletzen können und somit eine reale Gefahr besteht. Zudem kommen solche Androhungen am Ende einer Sitzung (oder per Telefon, oder in ähnlichen Umständen), wo Zeitdruck besteht. Um sich aus diesem Dilemma zu lösen, empfehlen wir die Intervention „Markieren und darauf zurückkommen“. Diese Intervention beinhaltet, dass der Therapeut z.B. sagt „Ich kann Ihnen diese Medikation verschreiben, werde aber sobald wie möglich wieder auf diese Interaktion zwischen Ihnen und mir zurück kommen.“ Dies sollte der Therapeut dann sobald wie möglich auch tun und effektiv, wie in der KOP allgemein

empfohlen, die (langfristigen) Kosten der manipulativen Strategie herausarbeiten, die zugrundeliegenden Motive und Schemata eruieren. Diese Intervention „Markieren und darauf zurückkommen“ ist besonders in Situationen indiziert, wo nicht kein hoher Beziehungskredit besteht, und wo eine solche Intervention den Beziehungskredit erhöhen kann. Nämlich beides – das Verordnen in der Situation und das Definieren dieser Interaktion als problematisch – kann für den Klienten als hoch validierend empfunden werden. Um zu entscheiden, was das genaue Format dieser Intervention sein soll, empfehlen wir, dass der Therapeut sich bewusst ist, wieviel Beziehungskredit er/sie bei dieser Borderline-Klientin im Moment besitzt.

8 Grundlegende Strategien

Klientinnen und Klienten mit Schema-Borderline-Störung unterscheiden sich von Klienten mit anderen Persönlichkeitsstörungen vor allem in einem Aspekt: Durch die leichte Aktivierung zentraler, sehr dysfunktionaler Schemata *kommen die Klienten leicht in einen stark psychisch instabilen Zustand.*

Bei Klienten mit Persönlichkeitsstörung ist es z.B. möglich, dysfunktionale Schemata eine ganze Zeit lang konsequent zu klären, selbst wenn das bedeutet, dass die Klienten sich mit sehr unangenehmen und belastenden Inhalten konfrontieren. Dies wirkt zwar auf die Klienten emotional belastend, es führt aber nicht dazu, dass sie instabil werden.

Bei Klienten mit Schema-Borderline-Störung kann aber genau das passieren: Klärt man längere Zeit dysfunktionale Schemata, dann kann die resultierende emotionale Belastung so groß werden, dass die Klienten labil werden: Sie kommen in einen desolaten Zustand, in dem kognitiv-emotionales „Chaos“ ausbricht und die Klienten zu einer konstruktiven therapeutischen Arbeit nicht mehr in der Lage sind.

Daher ist es bei Schema-Borderline-Störungsklienten nicht möglich, bestimmte therapeutische Strategien straight und konsequent „durchzuziehen“: Vielmehr muss ein Therapeut immer stark darauf achten, wann ein Klient beginnt zu destabilisieren und muss zwischenzeitlich immer wieder stabilisierende therapeutische Maßnahmen „einschieben“.

Diese Maßnahmen „stören“ dann zwar faktisch die anderen Strategien: z.B. unterbrechen sie Klärungsprozesse und erschweren diese dadurch; *aber es gibt dennoch dazu keine therapeutische Alternative!*

Stabilisierende Interventionen sind hier z.B.:

- Der Therapeut macht deutlich, dass er dem Klienten viel zutraut, Kontrolle zutraut, Fähigkeiten zutraut etc.
- Der Therapeut versucht, Ressourcen des Klienten gezielt zu aktivieren.
- Der Therapeut stellt dysfunktionale Annahmen des Klienten in Frage, hinterfragt Zweifel usw. und macht deutlich, dass der Klient solche Annahmen hat und wie sie wirken.
- Der Therapeut entwickelt mit dem Klienten konstruktive Gegenannahmen bzw. macht den Klienten auf diese aufmerksam.

Führt ein Therapeut mit dem Klienten Klärung durch, dann muss er bei leichten Anzeichen von psychischer Destabilisierung auf stabilisierende Interventionen übersetzen: Ist der Klient dann wieder stabilisiert, kann er im Klärungsprozess fortfahren!

Wir empfehlen dem Therapeuten hier auch eine hohe Flexibilität: Immer, wenn im Therapieprozess relevante Inhalte auftauchen, die sinnvoll therapeutisch bearbeitet werden können, sollte der Therapeut auf diese fokalisieren und diese mit dem Klienten bearbeiten.

Treten z.B. Inhalte auf, die auf eine Identitätsunsicherheit hinweisen, fokalisiert der Therapeut darauf und versucht, die Identität zu stabilisieren.

Treten Tests auf, fokalisiert der Therapeut darauf, besteht und bearbeitet den Test.

Werden zentrale dysfunktionale Schemata deutlich, bearbeitet der Therapeut diese usw.

Die zentrale These ist hier: Anders als bei Klienten mit anderen Persönlichkeitsstörungen, mit denen ein Therapeut eine bestimmte therapeutische Strategie sinnvoll eine Zeit lang konsequent und straight „durchziehen“ kann, ist er bei Schema-Borderline-Störungsklienten gezwungen, stark auf die jeweils auftauchenden Inhalte und Zustände des Klienten zu reagieren: Er muss seine Strategien u.U. schnell und effektiv ändern.

Natürlich erfordert dies vom Therapeuten hohe Fähigkeiten der Informationsverarbeitung, Modellbildung und Handlung: Diese Expertise scheint uns aber für eine effektive Therapie von Schema-Borderline-Störungsklienten erforderlich zu sein.

Literatur

Bartlett, F.C. (1932). *Remembering*. Cambridge: University Press.

Beck, A.T. (1979). *Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose*. München: Pfeiffer.

- Bower, G.H. (1981). Mood and memory. *The American Psychologist*, 36, 129-148.
- Bower, G.H. (1987). Commentary on mood and memory. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 443-456.
- Bower, G.H. (1992). How might emotions affect learning? In: S.A. Christianson (Ed.), *The handbook of emotion and memory*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Bower, G.H. & Cohen, P.R. (1982). Emotional influences in memory and thinking: Data and theory. In: M.S. Clark & S.T. Fiske (Eds.), *Affect and cognition*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Bower, G.H., Gilligan, S.G. & Monteiro, K.P. (1981). Selectivity of learning caused by affective states. *Journal of Experimental Psychology: General*, 110, 451-473.
- Bower, G.H. & Mayer, J.D. (1989). In search of mood-dependent retrieval. In: D. Kuiken (Ed.), *Mood and memory: Theory, research, and applications (Special Issue)*. *Journal of Social Behaviour and Personality*, 4, 121-156.
- Breil, J. & Sachse, R. (2011). Klärungsorientierte Verhaltenstherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: B. Dulz, S.C. Herpertz, O.F. Kernberg & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen*, 652-666. Stuttgart: Schattauer.
- Crocker, J., Fiske, S.T. & Taylor, S.E. (1984). Schematic bases of belief change. In: J.R. Eiser (Eds.), *Attitudinal judgement*, 197-226. New York: Springer.
- Ellis, H.C. & Moore, B.A. (1999). Mood and Memory. In: T. Dalgleish & M. Power (Eds.), *Handbook of Cognition and Emotion*, 193-210. New York: Wiley.
- Flammer, A. (1988). *Entwicklungstheorien*. Bern: Huber.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hedlund, S. & Rude, S.S. (1995). Evidence of latent depressive schemas in formerly depressed individuals. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 517-525.
- Herrmann, T. (1965). *Psychologie der kognitiven Ordnung*. Berlin: de Gruyter.
- Livesley, W.J., Dimaggio, G. & Clarkin, J.F. (2016). *Integrated treatment for personality disorder. A modular approach*. New York: Guilford Press.
- Mandler, J.M. (1979). Categorial and schematic organisation in memory. In: C.R. Puff (Ed.), *Memory, organization and structure*, 259-299. New York: Academic Press.
- Norman, D.A. (1982). *Learning and memory*. San Francisco: Freeman.
- Norman, D.A. & Bobrow, D.G. (1975). On the role of active memory processes in perception and cognition. In: C.N. Cofer (Ed.), *The structure of human memory*. San Francisco: Freeman.

- Pascual-Leone, J. (1990a). Reflections on life-span intelligence, consciousness and ego development. In: C.N. Alexander & E. Langer (Eds.), *Higher stages of human development*, 258-285. New York: Oxford University Press.
- Pascual-Leone, J. (1990b). An essay on wisdom: Toward organismic processes that make it possible. In: R.J. Sternberg (Ed.), *Wisdom: Its nature, origins and development*, 244-278. New York: Cambridge University Press.
- Pascual-Leone, J. (1991). Emotions, development, and psychotherapy: A dialectical-constructivist perspective. In: J.D. Safran & L.S. Greenberg (Eds.), *Emotion, psychotherapy, and change*, 302-335. New York: Guilford.
- Piaget, J. (1945). *La formation du symbole chez l'enfant*. Neuchatel: Delachaux et Niestlé.
- Piaget, J. (1952). *The origins of intelligence in children*. New York: International University Press.
- Piaget, J. (1954). *The construction of reality in the child*. New York: Basic Books.
- Piaget, J. (1976). *Die Äquilibration kognitiver Strukturen*. Stuttgart: Klett.
- Power, M.J. & Dalgleish, T. (1997). *Cognition and Emotion: From Order to Disorder*. Hove: Psychology Press.
- Rumelhart, D.E. (1980). Schemata: The building-blocks of cognition. In: R. Spiro, B. Bruce, W. Brewer (Eds.), *Theoretical issues in reading comprehension*. Hillsdale: Erlbaum.
- Sachse, R. (1992). *Focusing*. Bern: Huber.
- Sachse, R. (1995). *Der psychosomatische Klient in der Praxis: Grundlagen einer effektiven Therapie mit „schwierigen“ Klienten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sachse, R. (1999). *Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile*. Göttingen: Hogrefe, 2. Auflage.
- Sachse, R. (2002). *Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2003). *Klärungsorientierte Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2004a). Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen. In: R. Merod (Hrsg.), *Behandlung von Persönlichkeitsstörungen*, 357-404. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Sachse, R. (2004b). *Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für eine Psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2006a). *Psychologische Psychotherapie bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2006b). Narzisstische Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapie*, 11 (2), 241-246.

- Sachse, R. (2006c). *Persönlichkeitsstörungen verstehen – Zum Umgang mit schwierigen Klienten*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Sachse, R. (2007). Therapie der narzisstischen und histrionischen Persönlichkeitsstörungen: Zwei Fallberichte. In: S. Barnow (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen: Ursachen und Behandlungen*, 404-410. Bern: Huber.
- Sachse, R. (2008). Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörung. In: M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung*, Bd. 2, 1105-1125. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Sachse, R. (2013). *Persönlichkeitsstörungen: Leitfaden für eine psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe, 2. Auflage.
- Sachse, R. (2014a). Klärungsorientierte Verhaltenstherapie der schizoiden Persönlichkeitsstörung. *Psychotherapie im Dialog*, 3, 56-59.
- Sachse, R. (2014b). Klärungsorientierte Verhaltenstherapie des Narzissmus. *Psychotherapie*, 19-1, 1-9.
- Sachse, R. (2014c). Klärungsorientierte Verhaltenstherapie des Narzissmus. In: S. Sulz & Th. Bronisch (Hrsg.), *Verständnis und Psychotherapie der narzisstischen Persönlichkeitsstörung*, 43-52. München: CIP-Medien.
- Sachse, R., Breil, J., Sachse, M. & Fasbender, J. (2013). *Klärungsorientierte Psychotherapie der dependenten Persönlichkeitsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., Breil, J. & Fasbender, J. (2009). Beziehungsmotive und Schemata: Eine Heuristik. In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & O. Püschel (Hrsg.), *Grundlagen und Konzepte Klärungsorientierter Psychotherapie*, 66-88. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., Fasbender, J., Breil, J. & Sachse, M. (2012). *Klärungsorientierte Psychotherapie der histrionischen Persönlichkeitsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., Fasbender, J. & Sachse, M. (2014). *Klärungsorientierte Psychotherapie der selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., Kizkenow-Bäker, S. & Schirm, S. (2015). *Klärungsorientierte Psychotherapie der zwanghaften Persönlichkeitsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. & Langens, T.A. (2014). *Emotionen und Affekte in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., Sachse, M. & Fasbender, J. (2010). *Klärungsorientierte Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., Sachse, M. & Fasbender, J. (2011). *Klärungsorientierte Psychotherapie der narzisstischen Persönlichkeitsstörung*. Göttingen: Hogrefe.

- Schank, P.C. & Abelson, R.P. (1977). *Scripts, plans, goals and understanding*. Hillsdale: Erlbaum.
- Segal, Z.V. (1988). Appraisal of the self-schema construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin*, 103, 147-162.
- Tallis, F. (1995). *Obsessive Compulsive Disorder: A Cognitive and Neuropsychological Perspective*. Chichester: Wiley.
- Tallis, F. (1999). Unintended thoughts and images. In: T. Dalgleish & M. Power (Eds.), *Handbook of Cognition and Emotion*, 281-299. New York: Wiley.
- Taylor, S.E. & Crocker, J. (1981). Schematic bases of social information processing. In: E.T. Higgins, P. Herman & M. Zanna (Eds.), *Social cognition: The Ontario Symposium, Vol. 1*. Hillsdale: Erlbaum.
- Teasdale, J.D. & Barnard, P.J. (1993). *Affect cognition and change: re-modelling depressive thought*. Hove: Erlbaum.
- Ulich, D. (1991). *Emotionale Entwicklung als Aufbau emotionaler Schemata*. Augsburger Berichte zur Entwicklungspsychologie und Pädagogischen Psychologie, Nr. 54. Universität Augsburg.
- Ulich, D. (1994). Sozialisations- und Erziehungseinflüsse in der emotionalen Entwicklung. In: K. Schneewind (Hrsg.), *Psychologie der Erziehung und Sozialisation. Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich D, Serie I, Bd. 1*, 229-257. Göttingen: Hogrefe.
- Ulich, D., Kienbaum, J. & Volland, C. (1999). Emotionale Schemata und Emotionsdifferenzierung. In: W. Friedlmeier & M. Holodynski (Hrsg.), *Emotionale Entwicklung*, 52-98. Heidelberg: Spektrum.
- Ulich, D. & Mayring, P. (1992). *Psychologie der Emotionen*. Stuttgart: Kohlhammer.