

Ziele

Die Hauptziele der Gruppensitzungen:

- ▶ Sie bekommen Informationen über die Borderline-Persönlichkeitsstörung und wie Sie von den Symptomen dieser Störung, die Ihr Leben negativ beeinflussen, Abstand nehmen können.
- ▶ Sie bekommen Hilfe dabei, Ihre Gefühle, Bedürfnisse und Gedanken kennenzulernen und sie zu verstehen.
- ▶ sie lernen, den Einfluss von Kindheitserfahrungen auf die Gegenwart zu verstehen.
- ▶ Sie lernen gesunde Bewältigungsfähigkeiten in der sicheren, haltgebenden und unterstützenden Umgebung der Gruppe.

Weitere Ziele:

- ▶ Sie sollen Hilfe dabei bekommen, Ihr Gefühl für emotionale Stabilität, Ihr Wohlfühlniveau sowie Ihre Fähigkeit, Leiden auszuhalten, zu stärken, ohne auf für Sie schädliche Weise darauf zu reagieren.

Das sind große Ziele, die zu erreichen Zeit braucht und auch eine große Anstrengung von Ihnen erfordern.

Grundregeln

Die Grundregeln sind nicht als reine Formsache gedacht, sondern sie sollen Ihnen dabei helfen, die Gruppe zu einer sicheren, haltgebenden und unterstützenden Umgebung zu machen. Sie wurden über Jahre hinweg in Zusammenarbeit mit vielen Gruppen von Patienten wie Ihnen entwickelt. Wir haben Grundregeln, damit jeder und jede weiß, was ihn und sie erwartet und auch, was von ihm oder ihr erwartet wird – Gruppenmitglieder genauso wie Therapeuten. Falls Schwierigkeiten in der Gruppe oder mit den Therapeuten auftreten, können diese jederzeit in der Gruppe besprochen werden. Wenn es etwas gibt, das für die Gruppe nicht passt, besprechen wir, inwiefern Veränderungen möglich sind, ohne jedoch die Sicherheit der Gruppe zu gefährden.

(1) Anwesenheit

Die Teilnahme an allen Sitzungen ist verpflichtend, ebenso wie das pünktliche Erscheinen. Im Laufe der Jahre hat die Gruppe entschieden, dass Personen, die ohne einen triftigen Grund oder etwas, worauf sie keinen Einfluss haben (z. B. ein Stau auf der Straße wegen einem Unfall oder einer Baustelle), mehr als 10 Minuten zu spät kommen, nicht mehr in die bereits laufenden Sitzung einsteigen können. Nur geplanter Urlaub, Notfälle oder unvorhergesehene Widrigkeiten sind ein ausreichender Grund für das Versäumen einer Sitzung. Falls ein Notfall eintritt, informieren Sie uns bitte, damit sich die Gruppe keine Sorgen um Ihre Sicherheit macht.

(2) Ihre Verantwortung als Mitglied der Gruppe

Ein Teil Ihrer Verantwortung als Gruppenmitglied ist, sich zu bemühen. Die Übungen wurden entwickelt, um Ihnen dabei zu helfen, Ihre Emotionen und Modi kennenzulernen und möglichst viel Kontrolle über sie zu erlangen. Die Gruppenmitglieder sollten während der Sitzung auf sich achten. Das bedeutet: Wenn die Gruppe eine Übung macht, zu der Sie sich noch nicht fähig fühlen, liegt es in Ihrer Verantwortung, diese Übung nicht zu machen. Zu den meisten Sitzungen werden passend zu deren Inhalt Hausaufgaben vergeben. Diese Aufgaben sollen Ihnen dabei helfen, das in der Sitzung Gelernte auf Ihr Leben außerhalb der Gruppe zu übertragen und im Alltag anzuwenden. Hierfür ist Ihre anfangs erwähnte Bemühung notwendig: Sie sollten versuchen, Ihr Bestes zu tun, um die Aufgaben zu erfüllen. Sollten Sie es aus irgendwelchen Gründen nicht schaffen, lassen Sie uns wissen, was Sie daran gehindert hat, damit wir Ihnen weiterhelfen können.

(3) Respekt für andere Gruppenmitglieder

Gruppenmitglieder sollten den körperlichen und emotionalen Freiraum der anderen Teilnehmer respektieren. Das bedeutet, dass niemand jemand anderen ohne dessen Erlaubnis berühren wird. Sollte ein Gruppenmitglied eine Frage nicht beantworten wollen, so respektieren wir das. Andere anzuschreien, ihnen Schimpfnamen zu geben, Gegenstände zu werfen oder körperliche Gewalt anzudrohen, sind klare Beispiele für inakzeptablen Mangel an Respekt und werden nicht zugelassen. Auf der emotionalen Ebene heißt das, anderen nur solche Fragen zu stellen, die man selbst auch bereit wäre zu beantworten und Antworten wie „Ich möchte diese Frage jetzt nicht beantworten“ zu akzeptieren. Auch ist es wichtig, sanft zu anderen zu sein, wenn sie sich gerade im verletzlichen

Kindmodus befinden. Es ist uns bewusst, dass Sie manchmal damit kämpfen müssen, Ihre Wut und verbale Ausbrüche zu kontrollieren. Daher werden wir Ihnen als Therapeuten dabei helfen, Kontrolle über solche Verhaltensweisen zu erlangen, wenn sie in der Gruppe auftreten. Sie werden wegen solcher Symptome nicht „hinausgeworfen“. Allerdings werden wir Sie darum bitten, eine Auszeit in einem sicheren Teil des Gruppenraums oder auch außerhalb des Raums zu nehmen, um das problematische Verhalten wieder unter Kontrolle zu bringen.

(4) Die Rolle der Therapeuten

Alle Gruppenmitglieder müssen wissen, dass die Therapeuten für Sicherheit sorgen und Grenzen setzen werden. Manchmal kann das bedeuten, dass sie Sie an die Grundregeln erinnern und darum bitten, mit einem bestimmten Verhalten aufzuhören, das diesen widerspricht. Hier unterscheiden sich die Rollen der Therapeuten und der Gruppenteilnehmer. In der Schematherapie haben die Therapeuten die Aufgabe, sich wie gute Eltern zu verhalten. Das umfasst verschiedene Dinge in Abhängigkeit von dem Modus, in dem sich ein Gruppenmitglied befindet. Wenn Sie im verletzlichen Kindmodus sind, werden gute Eltern feststellen, was Sie brauchen und im Rahmen der therapeutischen Beziehung versuchen, Ihr Bedürfnis zu befriedigen oder Ihnen dabei helfen, es erfüllt zu bekommen. Beispielsweise wird sich eine Person im verletzlichen Kindmodus oft ängstlich oder verletzt fühlen. Die Therapeuten können Schutz, Sicherheit und Ermutigung, Trost oder Beruhigung bieten. Sind Sie in wütenden oder impulsiven Kindmodi, welche wir als verinnerlichte kindliche Reaktionen auf unerfüllte Bedürfnisse betrachten, werden „gute Eltern“ oder Therapeuten Grenzen setzen – denn hier besteht das Bedürfnis nach Orientierung und vernünftigen, realistischen Grenzen. Das wütende Kind muss möglicherweise seine Wut abreagieren. Das ist jedoch etwas anderes, als andere anzugreifen. Manchmal kann Abreagieren zu erschütternd wirken, als dass es in der Gruppe stattfinden könnte. In diesem Fall kann einer der Therapeuten mit dem Patienten zusammen die Gruppe kurz verlassen und nach dem Wutauslassen wieder zurückkommen. Ein impulsives Kind muss evtl. von Handlungen oder Verhaltensweisen abgehalten werden, durch die es sich selbst oder seinen Beziehungen schaden könnte. In der Gruppe können auch Bewältigungsmodi ausgelöst werden. Wenn ein Teilnehmer vermeidende Bewältigungsstrategien verwendet – an Sitzungen nicht teilnehmen, die Gruppe im Ärger verlassen, abdriften oder nicht zuhören –, werden die Therapeuten dies dadurch konfrontieren, indem sie ihn darauf hinweisen. Das gleiche trifft auf den Modus des fügsamen Unterwerfens zu. Die Therapeuten werden darauf hinweisen und der Person helfen herauszufinden, ob diese Verhaltensweisen tatsächlich ihre Bedürfnisse im Erwachsenenleben erfüllen. Überkompensierende Modi wie der wütende Beschützer oder der Angreifer (Bully and Attack) sind Modi, denen die Therapeuten mit ausgesprochen festen Grenzen begegnen müssen. Diese Modi müssen unbedingt bearbeitet werden, da sie die Gruppenatmosphäre schädigen können und auch diejenigen sind, die im alltäglichen Leben zu den meisten und schwerwiegendsten Problemen führen. Sie können sogar zu Gefängnisstrafen und zum Verlust von Freunden oder Familie führen. Wenn Therapeuten als „gute Eltern“ handeln, können Patienten ganz unterschiedlich darauf reagieren. Das hängt u. a. davon ab, was für eine Beziehung sie tatsächlich während ihrer Kindheit mit ihren Eltern hatten. Manchmal werden die Therapeuten Schemata oder Modi anstoßen, die zu ungesundem Bewältigungsverhalten führen. Wenn das passiert, bietet das sehr wichtige Chancen für den Patienten herauszufinden, was sie auslöst und daraus zu lernen, wie sie in ihren gesunden Erwachsenenmodus gehen können, um ihr Bedürfnis zum Ausdruck zu bringen.

(5) Vertraulichkeit

Vertraulichkeit ist essenziell für alle Beteiligten, um deren Privatsphäre und Sicherheit zu schützen. Nichts von persönlichem Charakter für ein Mitglied, das innerhalb der Gruppe geäußert wird oder geschieht, darf gegenüber anderen Personen außerhalb der Gruppe wiederholt werden. Bitte berichten Sie niemandem, der eine Gruppensitzung versäumt hat, über den Inhalt und die Geschehnisse dieser Sitzung. Dies ist Aufgabe und Verantwortung der Therapeuten. Über die verschiedenen Übungen und erlernten Fähigkeiten darf jedoch mit Personen außerhalb der Gruppe gesprochen werden.

(6) Praktische Hinweise

Bitte versuchen Sie, von Ihrem Arzt verschriebene Beruhigungsmittel nicht vor der Sitzung einzunehmen. Bitte verlassen Sie die Gruppensitzung nur in echten Notfällen. Denken Sie daran, vor der Sitzung zur Toilette zu gehen, damit Sie nicht deshalb die Gruppe verlassen müssen. Sollten Sie doch gehen müssen, geben Sie der Gruppe kurz und mit möglichst wenig Störung Bescheid. Wenn jemand den Sitzungsraum verlässt, hat das Auswirkungen auf die Gruppe. Die Mitglieder befürchten oft, dass die Person wegen etwas, das sie gerade gesagt haben, hinausgeht. Es kann auch respektlos erscheinen, die Gruppe aus unwichtigen Gründen zu verlassen.

(7) Ihr Einsatz für die Gruppe und das Therapieprogramm

Wir bitten Sie darum, ernsthaft Ihren Einsatzwillen für das Schematherapieprogramm zu bedenken. Gruppentherapie kann zeitweise schwierig und frustrierend sein und Sie werden möglicherweise heftige Gefühle oder Reaktionen anderen Mitgliedern gegenüber haben. Sie sind eine von acht Personen, die in dieses Programm aufgenommen wurde. Dieses Gruppenprogramm für Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen ist einzigartig. Wir bitten Sie darum, Ihr Bestes dafür zu geben, um in dem Programm zu verbleiben. Auch wir investieren viel Zeit und Ressourcen in Sie. Vielleicht mussten Sie eine längere Zeit warten, um einen Platz in diesem Programm zu bekommen. Denken Sie daran, dass andere genauso warten wie Sie. Nehmen Sie daher in verantwortungsvoller Art und Weise diese Ihnen angebotene Gelegenheit für ein hochspezialisiertes, von BPS-Experten durchgeführtes Therapieprogramm wahr. Sie sind hier, weil die Personen, die anderweitig mit Ihnen arbeiten, Sie empfohlen haben. Sie glauben, dass Ihnen durch dieses Programm nachhaltig geholfen werden kann und auch wir stimmen dem zu. Wir sind überzeugt, dass Sie von diesem Programm sehr profitieren, wenn Sie bis zu seinem Abschluss vollständig daran teilnehmen.

Schematherapie, eine bahnbrechende Behandlungsmethode für BPS

Eine vollständige Heilung für eine »unheilbare« psychische Erkrankung ist jetzt möglich: Eine innovative Therapie, die für die Borderline-Persönlichkeitsstörung neue Hoffnung gibt, wurde durch drei große Studien belegt.

Patienten, die mit dem Chaos und der Not der Borderline-Persönlichkeitsstörung zu kämpfen haben, können nun zuversichtlich sein, durch eine neue Behandlungsmethode ihr Leben verändern zu können – durch die Schematherapie. **Drei große Evaluationsstudien** haben erstmalig gezeigt, dass viele Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung eine **vollständige Heilung** für das gesamte Symptomspektrum erzielen können. Eine Studie fand Belege, dass Schematherapie für die vollständige Heilung zweimal so effektiv ist wie ein breit angewandtes konventionelles Behandlungsverfahren (Übertragungsfokussierte Psychotherapie). Schematherapie erwies sich zudem als **kostengünstiger** und zeigte eine **geringere Abbruchrate**. In einer zweiten Studie führte Gruppenschematherapie sogar zu noch positiveren Ergebnissen als die vorherige Untersuchung über einen kürzeren Zeitraum mit einer Abbruchrate von 0 Prozent und einer Heilungsrate von 94 Prozent im Verlauf von acht Monaten. Eine dritte Studie, derzeit im Druck, zeigt, dass Einzelschematherapie erfolgreich und ohne Verlust an Effektivität in der psychiatrischen Regelversorgung eingesetzt werden kann.

Obwohl andere spezialisierte Behandlungsformen für BPS empirisch gestützt werden, haben alle außer der Schematherapie nur begrenzte Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit und Lebensqualität der Patienten, und nur Schematherapie hat Kosteneffizienz bewiesen. Schematherapie weist zudem eine höhere Behandlungszufriedenheit von Patienten sowie Therapeuten auf. Über die erste dieser groß angelegten Studien wurde in den von der American Medical Association publizierten Archives of General Psychiatry berichtet, die zweite wurde in im Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry veröffentlicht und die dritte wird bald in Behavior Research and Therapy erscheinen. Schematherapie ist ein integrativer Ansatz, der die Prinzipien der Kognitiven Verhaltenstherapie weiterentwickelt.

Laut dem National Institute of Mental Health haben Borderline-Persönlichkeitsstörungen eine Prävalenz von 1 bis 2,5 Prozent in der Bevölkerung, obwohl eine jüngere groß angelegte epidemiologische Studie diese mit 5,9 Prozent deutlich höher einschätzt. Diese Studie deutet an, dass BPS potenziell fünf- bis sechsmal häufiger ist als Schizophrenie oder Bipolare Störungen. Patienten mit diesem Störungsbild leben ein Leben am Abgrund: Typischerweise sind sie impulsiv, instabil, höchst empfindsam für Ablehnung, haben häufig Wutausbrüche und leben täglich mit extremem emotionalem Schmerz. Sie verletzen oder verstümmeln sich oft selbst und unternehmen wiederholt Suizidversuche. Für die Störung typische Aspekte wie Identitätsprobleme, eine geringe Stresstoleranz und Ängste, im Stich gelassen oder verlassen zu werden, bereiten Patienten und Angehörigen ebenfalls Schwierigkeiten. Viele von BPS Betroffene sind arbeitsunfähig oder verfügen nicht über ein Funktionsniveau, das angesichts ihrer intellektuellen Fähigkeiten von ihnen zu erwarten wäre. Dieses Störungsbild verursacht daher hohe medizinische und gesellschaftliche Kosten und ist für mehr als ein Fünftel aller stationären Aufnahmen in psychiatrische Kliniken verantwortlich. Bis vor kurzer Zeit bot Psychotherapie nur für einige BPS-Symptome Hilfe. Die besten Alternativen, wie bspw. die Dialektisch-Behaviorale Psychotherapie, bearbeiten erfolgreich viele der selbstzerstörerischen Verhaltensweisen, die als Symptome dieser Störung auftreten, konnten bislang jedoch viele der anderen zentralen Symptome nicht reduzieren, insbesondere solche, die im Zusammenhang mit tiefgehenden Veränderungen der Persönlichkeit stehen. Der in New York tätige Psychologe Dr. Jeffrey Young (Dept. of Psychiatry der Columbia University) hat Mitte der 1980er Jahre begonnen, die Schemafokussierte Therapie zu entwickeln. Ermutigt durch den Erfolg gründete er Mitte der 1990er Jahre in Manhattan das erste Schematherapie-Institut. Da Schematherapie von vielen Klinikern in den USA, Europa und Asien übernommen wurde, fand sie die Aufmerksamkeit von niederländischen Forschern, die eine großformatige Studie für Behandlungs-

möglichkeiten der Borderline-Persönlichkeitsstörung aufbauten. Der klar definierte Ansatz der Schematherapie bot sich gut für eine kontrollierte Evaluationsstudie an.

In der **ersten Studie** verglichen niederländische Forscher, unter ihnen Dr. Josephine Giesen-Bloo und Dr. Arnoud Arntz (Projektleitung), Schematherapie (ST, auch bekannt als Schemafokussierte Therapie oder SFT) mit Übertragungsfokussierter Psychotherapie (TFP) für die Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Aus vier niederländischen Gesundheitsinstituten wurden 86 Patienten in die Studie aufgenommen. Die Studienteilnehmer erhielten drei Jahre lang jede Woche zwei Sitzungen ST oder TFP. Nach drei Jahren hatten 45 Prozent der Patienten, die ST erhielten, eine vollständige Heilung erreicht und 24 Prozent der Teilnehmer an TFP. Ein Jahr später erhöhte sich der Prozentsatz der vollständigen Heilung mittels ST auf 52 Prozent und 29 Prozent bei TFP, wobei 70 Prozent der Patienten in der ST-Gruppe eine »klinisch signifikante und relevante Verbesserung« erzielten. Zudem betrug die Abbruchrate bei ST nur 27 Prozent, verglichen mit 50 Prozent bei TFP, was darauf hindeutet, dass Schematherapie ein stärkeres Zusammengehörigkeitsgefühl unter den Patienten schuf. Nach dem ersten Jahr begannen sich die Patienten deutlich besser zu fühlen und besser zu funktionieren, wobei die Verbesserung in der ST-Gruppe schneller auftrat. In den folgenden Jahren gab es kontinuierliche Verbesserungen. Die Forscher schlossen daraus, dass beide Behandlungsformen positive Wirkungen haben, dass aber die Schematherapie deutlich erfolgreicher ist. In der **dritten Studie** untersuchten niederländische Wissenschaftler, unter ihnen Dr. Marjon Nadort und Dr. Arnoud Arntz, die Effektivität der Schematherapie als Behandlung von BPS in gewöhnlichen psychiatrischen Therapiesettings. Insgesamt wurden 62 Patienten in acht psychiatrischen Zentren der Niederlande behandelt. Die Therapie war in mehrfacher Hinsicht weniger intensiv, u. a. indem während des zweiten Behandlungsjahres die Sitzungsfrequenz von zweimal auf einmal wöchentlich reduziert wurde. Trotzdem verringerte sich dadurch die Effektivität bezüglich der Heilungsraten nicht, diese waren mindestens genauso hoch und die Abbruchraten waren ähnlich gering.

In der genannten **zweiten Studie** untersuchten die Forscherinnen Dr. Joan Farrell und Ida Shaw am Indiana University School of Medicine Center for BPD Treatment & Research an 32 Patienten die Effektivität einer zusätzlich zur normalen Behandlung (»treatment-as-usual« – TAU) der BPS durchgeführten Schematherapie im Gruppensetting. Diese umfasste 30 Sitzungen. Bei den Patienten, die zusätzlich zu TAU an der Gruppentherapie teilnahmen, betrug die Abbruchrate 0 Prozent und bei Patienten, die nur TAU erhielten, lag sie bei 25 Prozent. Am Ende der Behandlung erfüllten 94 Prozent der Patienten, die zu TAU zusätzlich Gruppentherapie erhalten hatten, nicht mehr die diagnostischen Kriterien der BPS, wohingegen dies auf nur 16 Prozent der Patienten aus der TAU-Gruppe zutraf. Die Schematherapie im Gruppensetting führte zu signifikanten Symptomminderungen und zu einer umfassenden Verbesserung der Funktionalität. Die sehr positiven Effekte der Behandlung mit Gruppenschematherapie deuten darauf hin, dass das Gruppensetting die aktiven Bestandteile der Behandlung für BPS-Patienten verstärkt oder katalysiert. **14 Einrichtungen in sechs Ländern arbeiten momentan zusammen an einer randomisierten kontrollierten Studie**, um weiter die produktive Interaktion zwischen Gruppen und Schematherapie zu erforschen.

Schematherapie ist ein **integrativer Ansatz**, der auf den Prinzipien der Kognitiven Verhaltenstherapie basiert und darauf aufbauend Techniken und Konzepte aus anderen Psychotherapieformen hinzunimmt. Schematherapeuten helfen Patienten, ihre festgefahrenen, selbstschädigenden Lebensmuster – oder Schemata – mithilfe kognitiver, verhaltens- und emotionsfokussierter Techniken zu verändern. Die Behandlung legt den Schwerpunkt auf die Beziehung zu den Therapeuten, das alltägliche Leben außerhalb der Therapie und die traumatischen Kindheitserlebnisse, die bei diesem Störungsbild sehr häufig sind. Dr. Young ist der Überzeugung, dass die größere Effektivität der Schematherapie zum Teil in der »begrenzten elterlichen Fürsorge« bzw. »begrenzten Nachbeelterung« begründet liegt, die in keinem anderen Ansatz zur Behandlung der BPS angewandt wird.

Sowohl die Schematherapie als auch die Übertragungsfokussierte Psychotherapie zielen auf eine tiefgreifende Veränderung der Persönlichkeit ab, verglichen mit anderen jüngeren Behandlungsformen, die sich auf die Verminderung spezifischer verhaltensbezogener Symptome wie Selbstverstümmelung konzentrieren. Laut Dr. Young »haben auch andere Behandlungsansätze für BPS, wie bspw. die Dialektisch-Behaviorale Therapie, zu besseren Bewältigungsfähigkeiten und einer signifikanten Reduktion des selbstverletzenden Verhaltens geführt. Die Schematherapie verhilft Patienten darüber hinaus dazu, sich aus einem Leben voller Schmerz, Selbsthass und innerer Leere zu befreien, indem sie eine tiefgreifendere Veränderung ihrer Persönlichkeit vollziehen und dadurch deutlich ihre Lebensqualität verbessern«. Sogar die intensivste Version der Schematherapie, wie sie in der ersten Studie erwähnt wurde, hat sich als kosteneffektiv erwiesen. Eine ökonomische Analyse durch die Autoren zeigte, dass die niederländische Bevölkerung für jedes Jahr der Teilnahme der Schematherapie-Patienten an der Studie trotz der kostenintensiven Behandlung von Nettoersparnissen in Höhe von 4.500,- Euro pro Patient profitierte. Die Ersparnisse über mehrere Jahre nach dem Behandlungsabschluss könnten sich als sogar noch höher erweisen. Die jüngste Weiterentwicklung, Gruppenschematherapie, wird sehr wahrscheinlich noch kosteneffektiver sein.

Schematherapeuten und Wissenschaftler hoffen, dass diese wiederholte Bestätigung der Effektivität der Schematherapie für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung – die für viele Jahre als nicht behandelbar galt – weitere Studien anstoßen und mehr Psychotherapeuten dazu ermutigen wird, Schematherapie zu lernen. Sie hoffen auch, dass diese Studie Krankenversicherungen davon überzeugen wird, die Kosten für eine effektive Langzeitpsychotherapie für diese quälende und teure Krankheit zu übernehmen. Weitere Informationen und Literatur finden Sie unter www.schematherapy.com und www.isst-online.com www.BPD-home-BASE.org.

Literatur:

Farrell, J.; Shaw, I.; and Webber, M. A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. Volume 40, Issue 2, June 2009, Pages 317-328

Josephine Giesen-Bloo, MSc; Richard van Dyck, MD, PhD; Philip Spinhoven PhD; Willem van Tilburg MD, PhD; Carmen Dirksen, PhD; Thea van Asselt, Msc; Ismay Kremers, PhD; Marjon Nadort, MSc; and Arnoud Arntz, PhD. Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: a randomized trial of Schema focused therapy versus Transference focused therapy. *Archives of General Psychiatry*, 2006, Vol. 63, No. 6, pp. 649-658.

Nadort, M.; Arntz, A.; Smit, J.; Giesen-Bloo, J.; Eikelenboom, M.; Spinhoven, P.; van Asselt, T.; Wensing, M.; van Dyck, R.; Implementation of out patient schema therapy for borderline personality Disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial *Behaviour Research and Therapy* (2009) 1–13

Für weitere Informationen zur Schematherapie (oder Schemafokussierten Therapie) wenden Sie sich an Jeffrey Young, Ph.D., Cognitive Therapy Center of New York: 212-221-0700 oder per E-Mail an: office@schematherapy.com; oder George Lockwood, Ph.D., Schema Therapy Institute Midwest: 269-345-8100, oder per E-Mail an: institute@schematherapymidwest.com. Für Informationen zur Gruppenschematherapie wenden Sie sich an Joan Farrell, Ph.D, Schema Therapy Institute Midwest-Indianapolis, E-Mail: STIM-Indpls@sbcglobal.net.

- (1) Informationsblatt über den Modus
- (2) Modusgewahrsein und Verstehen ihres Erlebens eines Modus
 - a) Was Sie denken und fühlen
 - b) Verstehen, warum und wie sich der Modus entwickelte
 - c) Das zugrundeliegende Bedürfnis
- (3) Den Modus eher als »Problem« statt als Realität betrachten
 - a) Zweifel gegenüber seiner »Wahrheit« einbringen
 - b) Die Herkunftsfamilie und damit die Wurzeln der Modi untersuchen
 - c) Zweifel dafür schaffen, dass die modusbezogenen Verzerrungen wahr sind
- (4) Modus-Management-Plan 1 (Notfallplan)
 - a) Zu unternehmende Schritte, um Sicherheitsproblemen zu begegnen
- (5) Modusgewahrsein 2 – wie können Sie Ihr Modusgewahrsein einsetzen, um auf die aktuell gegenwärtige Umwelt und Beziehungen angemessener reagieren zu können?
 - a) Komplexer/evtl. schwieriger – Hinweise, dass ein Modus aktiv wird, bieten die Möglichkeit zur Prävention
 - b) Moduswechsel
- (6) Modus-Management-Plan mit Präventionsaspekten
 - a) Versuchen Sie es – sammeln Sie Informationen diesbezüglich, was den Einsatz des Plans behindert
 - b) Führen Sie Buch über die Ergebnisse aus der Anwendung des Modus-Management-Plans und verfeinern Sie die Aufschriebe dahingehend, dass Sie aufschreiben, was gut funktioniert und was nicht
 - c) Kognitive Strategien – Realitätsüberprüfung, Karteikarten
 - d) Erlebnisaktivierende Strategien – langsam und tief durchatmen, Übergangsobjekte, Kärtchen mit Botschaften guter Eltern
 - e) Verwenden Sie für strafende Eltern ein Sicherheit gebendes Bild guter Eltern (wählen Sie positive Figuren, Therapeuten oder Mitpatienten)
 - f) Verhaltensmuster aufbrechen
- (7) Moduswechsel – ihn identifizieren und damit umgehen

- (8) Fortgeschrittener Management-Plan
 - a) Regelmäßige Übung
 - b) Eine stärkere Verfeinerung ermöglicht, den Kern zu identifizieren und solche Kürzungen vorzunehmen, dass der Plan übersichtlich, leicht zugänglich und auf den tatsächlichen Kern konzentriert ist
- (9) Modusbezogene Hinweiskarten – Möglichkeiten, um mit dem gesunden Erwachsenen Kontakt aufzunehmen
- (10) Gesunde Reaktionen werden Teil des gesunden Erwachsenenmodus

Während dieses Prozesses wächst und verändert sich das Modusgewahrsein sowie das Verständnis für Ihr Moduserleben. So, wie sich Ihre Bewältigungsreaktionen verändern, kann sich auch die Art und Weise des Moduserlebens verändern. Der gesamte Prozess sollte mittels der fortlaufenden Beobachtung und der Planformulare schriftlich festgehalten werden.

(1) Grundlegende Tipps

- ▶ Seien Sie warm, aufrichtig, annehmend und gegenwärtig. Seien Sie authentisch und vertrauen Sie Ihrer Intuition.
- ▶ Fragen Sie sich, was gute Eltern tun würden. Verhalten Sie sich wie »gute Eltern«. Helfen Sie den Patienten dabei, ihre Bedürfnisse zu identifizieren und versuchen Sie, sie zu erfüllen und helfen Sie ihnen, ihre Bedürfnisse befriedigt zu bekommen.
- ▶ Vermitteln Sie Neigung und Sympathie.
- ▶ Validieren Sie das emotionale Erleben der Patienten.

(2) Seien Sie wie der Dirigent einer Symphonie, führen Sie Ihr Orchester

- ▶ Sie haben die Kontrolle über Sicherheit und den gesamten Rahmen der Schematherapie
- ▶ Zeitgefühl ist wichtig bei der Führung einer Gruppe – stellen Sie sich einen Orchesterdirigenten vor, der jeden einzelnen Musiker im Blick hat und das Beste aus allen herausholt, um es für ein gelungenes Gesamtwerk zusammenzuführen.
- ▶ Seien Sie zur Stelle, um schnell eingreifen zu können, damit eine Eskalation gestoppt oder vermieden werden kann – Musiker, die in der »falschen Tonart« spielen.
- ▶ Kommunizieren Sie nonverbal, bspw. wenn jemand warten muss, um den gesamten Fluss nicht zu stören.
- ▶ Bieten Sie klare Strukturen, vor allem am Anfang.
- ▶ Kompetenz: Wissen Sie, was Sie tun und auch, wann Sie zusätzliche Hilfe von außen holen sollten.
- ▶ Seien Sie kreativ und intuitiv.
- ▶ Verbinden Sie die Gruppe zu einem zusammenhängenden Ganzen.

(3) Stil der elterlichen Fürsorge des Therapeuten

- ▶ Demokratisch innerhalb der Grenzen klinischer Beurteilung von Sicherheit und im Rahmen der Grundregeln der Gruppe.
- ▶ Kooperativ: Bitten Sie den Ko-Therapeuten oder Gruppenmitglieder um Beiträge (z. B. O.k., wie wollen wir in dieser Sache nun entscheiden? [Situation: Ein Patient kommt 10 Minuten zu spät zur Sitzung, aber mit gutem Grund])
- ▶ Geduld, um affektiven Prozess zu ermöglichen oder um Patienten Zeit zu geben, eine Antwort zu bedenken.
- ▶ Leiten Sie die Gruppe mittels eines unterstützenden, anführenden und interaktiven therapeutischen Stils.
- ▶ Gehen Sie auf das allgemeine Angstniveau der Gruppe ein und setzen Sie gegebenenfalls Übungen ein, um die Angst zu reduzieren und Sicherheit zu vermitteln.

- ▶ Erlauben Sie die Nutzung des Raumes und von Auszeiten, um Angst zu regulieren, bspw. Auf- und Abgehen.
- ▶ Lassen Sie den Patienten ausreichend Zeit für ihre Antworten, allerdings nicht so viel, dass zu langes Schweigen oder Angst entsteht.
- ▶ Verwenden Sie Beispiele aus vergangenen Sitzungen, um bestimmte Konzepte zu erläutern. Wenn Sie die Erlaubnis haben, verwenden Sie Beispiele von Patienten.
- ▶ Ermutigen Sie die Patienten dazu, auszusprechen, was sie nun anders machen, um ein besseres Ergebnis zu erzielen.
- ▶ Reflektieren Sie die Stimmigkeit von Realitätsüberprüfungen als Antwort auf verzerrte Wahrnehmungen, stellen Sie jedoch nicht die Gefühle der Patienten infrage.
- ▶ Vermitteln Sie den Patienten Akzeptanz und die Wertschätzung ihrer Person und hinterfragen Sie, ob dysfunktionales Verhalten tatsächlich ihre Bedürfnisse befriedigt. Versuchen Sie, Person und Verhalten zu trennen.
- ▶ Fördern Sie die Stärken der Patienten und anerkennen Sie ihre Errungenschaften und Beiträge zur Gruppe.

(4) Bauen Sie eine „Gruppenfamilie“ auf, indem Sie den Gruppenzusammenhalt fördern

- ▶ Verknüpfen Sie Ihr didaktisches Material mit kurzen persönlichen Informationen von Gruppenmitgliedern, damit sich diese eingebunden fühlen und spüren, dass Sie an ihnen interessiert sind. Dies kann bspw. in Zusammenfassungen erfolgen: »Paula und Kristie tendieren also zu einem erstarrten distanzierten Beschützer, während für Kristin, Scott, Kyle und Kathleen oft der wütende Beschützer und für Kelly und Rebecca der vermeidende Beschützer der übliche Bewältigungsstil ist. Stimmt das so?«
- ▶ Binden Sie die Patienten mittels Beispielen aus deren Erfahrungen ein, die in der Gruppe bekannt sind, oder, wenn es ein gutes Beispiel aus einer Einzelsitzung gibt, bitten Sie um die Erlaubnis, davon in der Gruppe erzählen zu dürfen. Das sollte auf eine diskrete Art und Weise geschehen, damit für den Betroffenen klar ist, worauf Sie sich beziehen, das jedoch den anderen nicht zu viel preisgibt, außer Sie haben die Erlaubnis dazu. Zum Beispiel: »Sue, wäre es in Ordnung für Sie, wenn Sie oder ich der Gruppe etwas über Ihr Erlebnis erzähle, das so ähnlich ist wie das, was Jane eben erzählt hat?«
- ▶ Beziehen Sie die Gruppenmitglieder mit themenbezogenen Fragen ein: »Hatte jemand von Ihnen auch dieses Gefühl?«
- ▶ Merken Sie sich, wer auf eine Frage oder einen Kommentar hin genickt hat und kommen Sie später darauf zurück – z. B.: »Paula, Sie haben genickt, als wir darüber sprachen, was für ein Gefühl der Wertlosigkeit strafende Eltern einem Kind vermitteln können, und Sie, Kathleen, haben auch genickt – Sie haben das also auch erlebt?« Das kann in der Folge mehrfach variiert werden.

(5) Der übergeordnete therapeutische Stil

- ▶ Verfolgen Sie ein Ziel, seien Sie jedoch flexibel hinsichtlich Ihres Plans für die Sitzung. Nutzen Sie »Gelegenheitsarbeit« und vor allem erlebnisaktivierende Momente.
- ▶ Bleiben Sie aktiv und fördern Sie Gespräche bzw. Diskussionen – etwas längere (sogar schon kurze) Pausen führen häufig zu mehr maladaptiven Bewältigungsmodi aufgrund von Angst oder Verlassenheitsgefühlen. Halten Sie jedoch keine langen Vorträge. Wenn die Gruppe nicht auf Ihre Bemühungen reagiert, halten Sie inne und gehen Sie den Prozess z. B. mit einem Modus-Check an. Das kann ganz einfach sein, wie »Ich spüre viel Rückzug und Distanzierung, wenn ich dieses Thema einbringe, was passiert in Ihnen? Wodurch wird das ausgelöst?«
- ▶ Fördern Sie Gespräche und Diskussionen, verhindern Sie leere Gesprächspausen. Halten Sie die Gruppe immer durch ein Thema, eine Frage oder Übung aktiv.
- ▶ Seien Sie selbst intensiv dabei – bleiben Sie mit den Gruppenmitgliedern verbunden, bspw. durch viel Blickkontakt, Nicken, etc.
- ▶ Kommunizieren Sie nonverbal, z. B. durch nach vorne lehnen oder aufnehmende Gesten wie offene Arme.
- ▶ Verhalten Sie sich eher einladend als drängend. Formen Sie die Beteiligung der Gruppenmitglieder, z. B. erlauben Sie Patienten am Anfang, das Geschehen mit einem gewissen Abstand zu betrachten.
- ▶ Vermitteln Sie Interesse: »Würden Sie uns ein bisschen mehr darüber erzählen, wie das für Sie war?«
- ▶ Vermeiden Sie, die Gefühle der Patienten zu etikettieren – helfen Sie ihnen dabei, sie zu entdecken und sie selbst zu definieren.
- ▶ Berichten Sie immer wieder kurz von eigenen Moduserfahrungen. Das lässt uns als Therapeuten menschlich erscheinen und schafft in den Patienten oft eine größere Bereitschaft, Verletzlichkeit zuzulassen.
- ▶ Geben Sie allen Gruppemitgliedern gleich viel Aufmerksamkeit. Seien Sie als »Eltern« so fair wie möglich.

(6) Behalten Sie grundlegende ST-Interventionen im Blick

- ▶ Achten Sie auf ein ständiges Modusgewahrsein und gehen Sie auf zugrunde liegende Bedürfnisse ein.
- ▶ Seien Sie dem verletzlichen Kind gegenüber unterstützend und akzeptierend.
- ▶ Erlauben Sie dem wütenden Kind, Dampf abzulassen und sich gehört zu fühlen.
- ▶ Setzen Sie dem impulsiven Kindmodus Grenzen.
- ▶ Konfrontieren Sie empathisch Bewältigungsmodi. Wenn Angreifer- (Bully and Attack) oder wütende Beschützermodi auftreten, setzen Sie unmittelbar Grenzen, um negative Effekte auf die Gruppe zu vermeiden.
- ▶ Begrenzen Sie dysfunktionale Elternmodi und identifizieren Sie sie als »nicht« der Patient selbst, sondern als internalisierte Aspekte früher Bezugspersonen.

Schemakonzeptualisierung für _____

Datum: _____

Drei Hauptschemata, die Sie identifiziert haben:

- 1.
- 2.
- 3.

Modi, an denen Sie arbeiten und Ihre Erfahrungen damit

Kindmodi

Verletzlich (im Stich gelassen, missbraucht)

Ärgerlich/wütend

Impulsiv/undiszipliniert

Glücklich oder zufrieden

Elternmodi

Bewältigungsmodi

Unterwerfung

Vermeidung (distanzierter Beschützer, distanzierte Selbstberuhigung)

Überkompensation (grandioses Selbst, Angreifer)

Hauptsächliche BPS-Symptome

Aktuelle Schwierigkeiten

Schemaverbindungen (in welchem Zusammenhang stehen die Probleme mit Schemata und Modi?)

Schemaauslöser (welche Situationen oder Gefühle lösen schemabezogene Reaktionen in Ihnen aus?)

Ursprünge der Entwicklung (welche Kindheitsbedürfnisse waren in Ihrer frühen Umgebung nicht oder im Übermaß vorhanden?)

Sicherheit

»Sichere Basis«, Vorhersagbarkeit, Zuverlässigkeit

Liebe, Fürsorge und Aufmerksamkeit

Akzeptanz und Lob

Empathie

Orientierung und Schutz

Validierung/Bestätigung von Gefühlen und Bedürfnissen

Zentrale Erinnerungen (grundlegende Erfahrungen/Erlebnisse) für die oben ausgewählten Schemata.

Beschreiben Sie Ihren gesunden Erwachsenenmodus (z. B. Stärken, wie Sie mit diesem Teil von Ihnen Kontakt aufnehmen, etc.):

Stärken Ihres gesunden Erwachsenen:

1.

2.

3.

4.

5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____

Möglichkeiten für den Zugang zum oder das Verbleiben im gesunden Erwachsenen:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Notfallpläne für die Schemamodi

Kindmodi:

Modus 1: _____

Gewahrsein/Wahrnehmung: _____

Bedürfnis: _____

Was ist zu tun: _____

Modus 2: _____

Gewahrsein/Wahrnehmung: _____

Bedürfnis: _____

Was ist zu tun: _____

Elternmodus: _____

Gewahrsein/Wahrnehmung: _____

Bedürfnis: _____

Was ist zu tun: _____

Alte Bewältigungsmodi

Modus 1: _____

Gewahrsein/Wahrnehmung: _____

Bedürfnis: _____

Was ist zu tun: _____

Modus 2: _____

Gewahrsein/Wahrnehmung: _____

Bedürfnis: _____

Was ist zu tun: _____

Überblick Schemata, Modi und Symptome

SCHEMATA:

1. Im Stich gelassen/verlassen werden
2. Unzulänglichkeit/Scham
3. Misstrauen/Missbrauch
4. Negatives Denken, Pessimismus
5. Emotionale Vernachlässigung
6. Bestrafung
7. Soziale Isolation
8. Unnachgiebige Standards, Heuchelei
9. Scheitern/Versagen
10. Selbstaufopferung
11. Unterwerfung – die Kontrolle anderen überlassen
12. Abhängigkeit/Unfähigkeit
13. Anfälligkeit für Verletzung oder Krankheit
14. Verstrickung/unentwickeltes Selbst
15. Mangelhafte Selbstkontrolle
16. Berechtigungsgefühl/Anspruchsdenken
17. Emotionale Hemmung
18. Bestätigung suchen

SCHEMAMODI:

Kindmodi

- ▶ Verletzliches Kind (im Stich gelassen oder missbraucht)
- ▶ Wütendes und oder trotziges Kind
- ▶ Impulsives und/oder undiszipliniertes Kind
- ▶ Glückliches, zufriedenes, fröhliches Kind

Elternmodi

- ▶ Strafender Modus
- ▶ Fordernder Modus

Überlebens-/Bewältigungsmodi

- ▶ Vermeidung – distanzierter Beschützer, distanzierte Selbstberuhigung
- ▶ Unterwerfen
- ▶ Überkompensieren (grandioses Selbst, Angreifer)

Borderline-Symptome

- ▶ Emotionale Reaktivität/emotionales Überreagieren
- ▶ Intensive Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren
- ▶ Selbstverletzendes Verhalten, Selbstverletzung
- ▶ Potenziell schädigende Impulsivität
- ▶ Instabile Beziehungen
- ▶ Angst davor verlassen/im Stich gelassen zu werden
- ▶ Instabile Identität
- ▶ Innere Leere
- ▶ Kurze stressbezogene paranoide Episoden, Abspaltung

Übung: Verbinden und zentrieren

von Poul Perris

Anleitung:

Stellen Sie zwei Stühle einander gegenüber.

Nonverbale Phase: Diese Phase ist kurz, sie dauert etwa eine Minute. Die Teilnehmer auf den beiden Stühlen sollte in dieser Zeit eine interpersonell achtsame und entspannte Position einnehmen.

Die Teilnehmer sollten sich so gegenüber sitzen, dass sich ihre Knie leicht berühren (die Übung ist wirkungsvoller mit einem leichten körperlichen Kontakt).

Beide beginnen damit, durch tiefe Bauchatmung und ein lockeres Absenken der Schultern eine bequeme, aufrechte Position zu finden.

Als nächstes sollten sie Blickkontakt zueinander aufnehmen und diesen für ein paar Minuten halten. Dabei sollten sie versuchen, einen warmen und fürsorglichen Gesichtsausdruck anzunehmen, während sie sich gegenseitig aufeinander einstimmen.

Verbale Phase: Diese Phase sollte die Reaktions- bzw. Verhaltensweise eines gesunden Erwachsenen und eines verletzbaren Kindes beinhalten. Der erste ist kognitiv und reflektierend, letzterer ist stärker emotional im Hier und Jetzt.

Einer der beiden beginnt, indem er etwas benennt, das er/sie an der anderen Person mag sowie beschreibt, welches Gefühl ihm diese Eigenschaft vermittelt. Zum Beispiel: „Ich mag es sehr gerne, wie du mich immer sehr warm und herzlich ansiehst, wenn wir uns sehen. Ich fühle mich dadurch wichtig und umsorgt.“

Antwort/Reaktion des gesunden Erwachsenen

Dieselbe Person fährt dann damit fort, indem sie schildert, wie es sich in diesem Moment anfühlt, das zu sagen. Zum Beispiel: Hier zu sitzen und dir das zu sagen macht mich ein bisschen nervös und ich frage mich, ob du über mich tatsächlich so denkst, wie ich glaube. Aber dir das zu sagen gibt mir auch ein Gefühl von Wärme und Freude, weil es mir wirklich gut gefällt, dich hier vor mir zu haben.“

Antwort/Reaktion des verletzbaren Kindes

Dann beginnt die andere Person, indem sie dem verletzbaren Kind ihres Gegenübers spontanes emotionales Feedback gibt. Zum Beispiel: „Zu hören, dass du ein bisschen nervös bist, beruhigt mich, weil ich auch etwas nervös war, und es ist sehr gut zu wissen, dass du genauso fühlst wie ich und ich bin auch froh, dich hier vor mir zu haben.“

Dann beginnt die zweite Person von vorn, indem sie mit einer Äußerung des gesunden Erwachsenen auf etwas hinweist, das sie an ihrem Gegenüber mag, was dann wiederum von einer Antwort des verletzbaren Kindes im Hier und Jetzt ergänzt wird.

Diese Übung kann für einige Runden durchgeführt werden, bis beide sich entspannt, miteinander verbunden und aufeinander zentriert fühlen.

ÜBERBLICK – MATERIALIEN FÜR GRUPPENTHERAPEUTEN**Allgemein**

- ▶ Wandtafel oder Flipchart
- ▶ Papier
- ▶ Verschiedene Arten von Stiften (Kulis, Bleistifte, Bunt- und Filzstifte etc.)
- ▶ Bastelpapier/-karton
- ▶ Zeitschriften für Collagen
- ▶ Farben und Pinsel
- ▶ Kassetten und Aufnahmegerät
- ▶ Ringbuchordner für Arbeitsblätter und Informationsmaterial
- ▶ Registerkarten (für Ordner)
- ▶ Anti-Stress-Bälle
- ▶ Ton/Lehm, Knetmasse
- ▶ Wollknäuel oder Schnur
- ▶ Farbmusterstreifen (z. B. aus Malerbetrieben)

Wütendes/impulsives Kind

- ▶ Stabile Handtücher zum Tauziehen
- ▶ Waschlappen, um darin Objekte hineinzubinden oder um Objekte damit zu bewerfen
- ▶ Ton/Lehm, Knetmasse
- ▶ Anti-Stress-Bälle
- ▶ Größere Bälle, um sie gegen Wände zu werfen
- ▶ Tennisschläger, um damit auf eine Matratze oder Couch einzuschlagen
- ▶ Luftballons zum Aufblasen und Platzenlassen
- ▶ Luftpolsterfolie zum Draufstampfen
- ▶ Telefonbücher zum Zerreißen (diese sind oft einige Zentimeter dick, ein schmäleres erfüllt den Zweck aber auch)

Im Stich gelassenes, verletzliches, missbrauchtes Kind

- ▶ Weiche Decken
- ▶ Halstücher/Schals
- ▶ Kuscheltiere
- ▶ Papiertaschentücher
- ▶ Kinderbücher
- ▶ Beruhigende/entspannende Musik
- ▶ Perlen und Faden, um sie als Armbänder aufzufädeln.

Fröhliches, glückliches Kind

- ▶ Malkreide, Buntstifte, Wachsmalstifte
- ▶ Malbücher
- ▶ Puzzles
- ▶ Marionetten/Puppen
- ▶ Spielkarten
- ▶ Spiele
- ▶ Luftballons
- ▶ Fröhliche/lebendige Musik zum Tanzen

Die modusbezogenen Vorschläge sollen Ideen geben, die jeweils genannten Materialien sind nicht begrenzt auf die Verwendung bei nur dem jeweiligen Modus. Hier können Sie kreativ sein!

- (1) Verstehen, was Modi sind und wie sie mit den Problemen, an denen Sie arbeiten wollen, in Zusammenhang stehen. Verstehen Ihres Problems in der Modusterminologie.
- (2) Machen Sie sich Ihre eigenen Erfahrungen bzw. Erlebnisse mit jedem Modus bewusst, seien Sie sich dieses Erlebens gewahr.
- (3) Fähig sein, Ihre Modi bei deren Auftreten zu identifizieren.
- (4) Verstehen, welche unbefriedigten Bedürfnisse den Kindmodi zugrunde liegen.
- (5) Verstehen der ungesunden Bewältigungsmodi als Überlebensstrategien der Vergangenheit.
- (6) Einschätzen und feststellen, ob die alten Bewältigungsstrategien auf lange Sicht Ihre Bedürfnisse erfüllen.
- (7) Entscheidung für die Veränderung Ihrer ungesunden Bewältigungsmodi.
- (8) Identifizieren eines gesunden Bewältigungsverhaltens, das die Erfüllung Ihres gegenwärtigen Bedürfnisses auf eine Art und Weise erreichen kann, die Ihnen ein gesundes Leben ermöglicht.
- (9) Fähigkeit, dysfunktionale Elternmodi zu identifizieren.
- (10) Achtgeben, wenn Elternmodi aktiv sind.
- (11) Betrachten sie den Elternmodus als nicht »Sie selbst«, um ihn loszuwerden. Dazu kann es nötig sein festzustellen, wem die Stimme Ihres Elternmodus gehört.
- (12) Fähig sein, Zugang zu den Stärken Ihres gesunden Erwachsenenmodus zu bekommen und die Verbindung mit ihm zu stärken und zu festigen.