

# Themenschwerpunkt

## Schematherapie in Gruppen für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

Neele Reiß, Arian Mobascher und Klaus Lieb

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz

**Zusammenfassung.** In der Gruppenschematherapie (GST) wird das schematherapeutische Modus-Modell auf psychotherapeutische Settings im Gruppenformat übertragen. Kernelemente der Schematherapie, wie begrenzte elterliche Fürsorge und die Integration kognitiver, emotionaler und behavioraler Interventionsstrategien, bleiben im GST-Modell erhalten. Um die Mitarbeit aller Patienten im Gruppensetting gewährleisten zu können, wird der Einsatz eines Co-Therapeuten-Team empfohlen. Eine empirische Überprüfung der Wirksamkeit des GST-Modells liegt bisher nur für die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) vor. Weitere Studien müssen zeigen, ob das GST-Modell auch auf andere Patientengruppen oder Gruppen mit gemischten psychiatrischen Diagnosen übertragbar ist.

**Schlüsselwörter:** Gruppenschematherapie, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Co-Therapeuten-Team

### Schema Therapy in Groups for Patients with Borderline Personality Disorder

**Abstract.** In Group Schema Therapy (GST) the schematherapeutic mode model is transferred to therapeutic settings working with the group format. Core elements of schema therapy, such as limited reparenting and the integration of cognitive, emotional and behavioral intervention strategies, remain in the GST-model. To aim for the benefit of all patients in the group setting, working with a co-therapist-team is recommended. Effectiveness has so far only been demonstrated for Borderline personality disorder (BPS). Further studies should investigate, if the GST-model is applicable to other patient groups or groups with mixed disorders.

**Keywords:** group schema therapy, borderline personality disorder, co-therapist-team

Die Schematherapie (ST; Young, Klosko & Weishaar, 2008) wurde ursprünglich entwickelt, um Patienten mit chronischen psychischen Störungen im Individualsetting psychotherapeutische Unterstützung zu bieten. Entsprechend fokussierten die später entwickelten spezifischen Schema-Modus-Modelle ebenfalls auf Einzel-Psychotherapie (vgl. Arntz & van Genderen, 2010; Jacob & Arntz, 2011). Eine neue, potentiell kosteneffektive Entwicklung der vergangenen Jahre war die Übertragung des schematherapeutischen Ansatzes auf psychotherapeutische Interventionen im Rahmen von Gruppentherapien.

Gruppentherapien unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Orientierung auf Informationsvermittlung oder den interpersonalen Prozess. Im Bereich kognitiv-verhaltens-therapeutischer Gruppentherapien liegt der Fokus auf der Vermittlung psychoedukativer und verhaltensanalytischer Inhalte oder dem Training bestimmter Fertigkeiten, wobei den zwischenmenschlichen Prozessen innerhalb der Grup-

pe eine untergeordnete Rolle zukommt. In erlebens- und erfahrungsbasierten Therapieformen hingegen wird davon ausgegangen, dass der natürliche Veränderungs- und Heilungsprozess durch Gefühlserfahrungen erfolgt, so dass der Fokus dieser Therapiegruppen meist auf den interpersonellen Gruppenprozessen liegt. In ST-Gruppentherapien wird sowohl eine Integration beider Wirkmechanismen als auch eine Umsetzung von ST-Kernelementen, wie dem imaginativen Überschreiben oder dem Konzept der begrenzten elterlichen Fürsorge, angestrebt.

ST in Gruppen profitiert also einerseits von allgemeinen Wirkfaktoren von Gruppen wie Universalität des Leidens, Altruismus, Gruppenkohäsion, korrigierender Rekapitulation der Primärfamilie, emotionaler Katharsis, Mitteilung zusätzlicher Informationen, interpersonalem Lernen und Nachahmen sowie der Übung von Techniken im zwischenmenschlichen Umgang (Yalom, 2005). Andererseits profitiert ST in Gruppen von spezifischen ST-Techniken wie

begrenzter elterlicher Fürsorge und empathischer Konfrontation dysfunktionaler Modi (zur Beschreibung der ST-Techniken vgl. Arntz, 2011). Diese Techniken erfahren jedoch eine Erweiterung durch das Gruppensetting. Empathische Konfrontation kann beispielsweise ebenso wie gegenseitige Unterstützung und Validierung nicht nur durch die Therapeuten, sondern auch durch andere Gruppenmitglieder stattfinden. Begrenzte elterliche Fürsorge erfolgt durch zwei Gruppentherapeuten anstelle eines Einzeltherapeuten. Ferner bietet die Gruppe die Möglichkeit, korrigierende Erfahrungen in einem familienähnlichen Setting zu erleben, in dem durch die Erfahrung mit anderen Gruppenmitgliedern unsichere Bindungen z. B. zu Geschwistern oder Peers heilen. Schließlich finden sich in weiteren Gruppenmitgliedern Mitspieler für Rollenspiele und Stühle-Techniken.

Farrell und Shaw (1994) entwickelten ein Gruppenschematherapeutisches (GST) Modell für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS), das sowohl in einer randomisierten kontrollierten Studie (RCT) im ambulanten Setting (Farrell, Shaw & Webber, 2009) als auch als intensive Version in Kombination mit ST Einzeltherapie in stationären Settings (Reiß, Lieb, Arntz, Shaw & Farrell) evaluiert wurde. Ein multizentrischer RCT zum GST-Modell im ambulanten Setting wird aktuell durchgeführt<sup>1</sup>. Erste Pilotdaten scheinen die Ergebnisse von Farrell et al. (2009) zu bestätigen (Dickhaut, 2010).

In diesem Beitrag soll zunächst ein Überblick über das therapeutische Modell der GST gegeben werden. Interventionen zu unterschiedlichen Modi innerhalb des GST-Modells der BPS werden vorgestellt und anhand von Fallbeispielen verdeutlicht. Abschließend werden offene Fragen, insbesondere die Übertragbarkeit auf andere Störungsbilder, diskutiert.

## Das Gruppenschematherapeutische Modell für BPS

Das GST-Modell für BPS nach Farrell und Shaw (1994) stimmt mit den Zielen, die für die individuelle ST der BPS beschrieben wurden, überein (vgl. Young et al. 2008; Arntz & van Genderen, 2010). Farrell und Shaw (2010) gehen in der Anwendung des GST-Modells stets davon aus, dass zwei Therapeuten die Gruppe leiten (Co-Therapeuten-Team). Während es die Aufgabe des ersten Therapeuten ist, mit einem individuellen Patienten im Gruppensetting zu arbeiten, ist es die Aufgabe des zweiten Therapeuten, die Gruppe als solche im Auge zu behalten, die anderen Gruppenmitglieder in die aktuelle Arbeit zu involvieren und solche Gruppenmitglieder, die sich aktuell in maladaptiven Modi befinden, zu unterstützen. Die Rollen der Therapeuten sind im Verlauf der Gruppe nicht festgelegt, sondern wechseln in kurzen zeitlichen Abständen.

Aufgrund unerfüllter Bedürfnisse in Bezug auf Sicherheit und Vorhersagbarkeit in der Kindheit und Jugend ist eine sichere und unterstützende familien-ähnliche Struktur für ST-Gruppen mit BPS-Patienten unerlässlich. Es ist Aufgabe der Therapeuten, diese Struktur sowohl zu etablieren als auch aufrechtzuerhalten. Aus unterschiedlichen Gründen ist es für BPS-Patienten häufig schwierig, den Ausdruck von Emotionen im Gruppensetting (z.B. Ärger) zu tolerieren, ohne sich zu distanzieren, die Gruppe zu verlassen (vgl. Modus des distanzierten Beschützers), sich schuldig zu fühlen (vgl. Modus des strafenden Elternteils) oder selbst mit starken Gefühlen zu reagieren (vgl. Modus des vulnerablen Kindes oder Modus des wütenden Kindes). BPS-Patienten müssen aufgrund ihres häufig sehr starken Misstrauens-Schemas zunächst lernen, den Therapeuten und den anderen Gruppenmitgliedern ausreichend zu vertrauen. Dementsprechend ist es notwendig, dass beide Gruppentherapeuten in der Lage sind, dem wütenden Kind-Modus oder dysfunktionalen Eltern-Modi sichtbar Grenzen zu setzen, wenn diese im Gruppensetting den Patienten selbst oder Mitpatienten angreifen. Im Fall eines wütenden Kind-Modus sollte durch die Therapeuten gleichzeitig ein Weg eröffnet werden, wie der Ärger ventiliert werden kann ohne dass es aufgrund unangemessener Verhaltensweisen zum Verweis aus der Gruppe kommt. Der vulnerable Kind-Modus der BPS-Patienten muss die Erfahrung machen, dass die Gruppentherapeuten weder den Patienten selbst noch andere Gruppenmitglieder im Stich lassen, sondern sie vor negativen Erfahrungen schützen. Obgleich innerhalb von ST-Gruppen häufig unterschiedliche Bedürfnisse eine Rolle spielen und nicht alle Bedürfnisse gleichzeitig erfüllt werden können, muss innerhalb der Gruppe eine Sicherheit entstehen, dass sowohl die Therapeuten als auch andere Gruppenmitglieder auf die Erfüllung der Bedürfnisse aller Wert legen und niemanden im Stich lassen (vgl. Beziehungsgestaltung in der GST). Aufgrund der Erfahrung von Schutz in der Gruppe werden Patienten schrittweise in die Lage versetzt, den Ausdruck von Emotionen zu tolerieren und somit unterschiedlichen maladaptiven Modi entgegenzuwirken.

Im GST-Modell ist die Abfolge der Behandlungsphasen vergleichbar mit den für die Einzeltherapie etablierten Phasen (Arntz & van Genderen, 2010). Wie bereits beschrieben, ist es zu Beginn der GST wichtig, Sicherheit, gegenseitige Bindung und Struktur herzustellen. Es erfolgt dementsprechend frühzeitig ein psychoedukativer Abschnitt zu Diagnosekriterien und Ätiologie der BPS sowie zu Schemata und Modi. Unerfüllte Bedürfnisse in Kindheit und Jugend und traumatische Erfahrungen, wie z.B. Missbrauch und Deprivation, werden in der Gruppe als Ausgangspunkte für die Entwicklung einer BPS angesprochen und diskutiert. So wird den Patienten die Möglichkeit gegeben, erste Verbindungen zu anderen Gruppenmitgliedern und Gruppenkohäsion aufgrund ähnlicher

<sup>1</sup> Unter Leitung von A. Arntz & J. Farrell; in Deutschland an den drei Zentren Freiburg (G. Jacob), Hamburg (G. Zarbock) und Lübeck (U. Schweiger), gefördert von der Else Kröner-Fresenius-Stiftung

Erfahrungen herzustellen. In diesem Zusammenhang können ebenfalls wichtige Bindungen zu den Gruppentherapeuten entstehen, wenn sich diese den kindlichen Modi, die im Rahmen dieser Diskussionen häufig von Patienten gezeigt werden, mit Empathie und Validierung widmen. Durch Modelllernen können sich BPS-Patienten so eine mildere Bewertung und einen mitfühlenden Umgang mit sich selbst aneignen.

Ferner wird mit den Patienten besprochen, wie sie selbst unterschiedliche Modi erleben und welche Symptome, insbesondere lebensbedrohlichen Verhaltensweisen, mit welchen Modi assoziiert sind. Obwohl keine vollständigen Fallkonzeptualisierungen von einzelnen Patienten im Gruppensetting durchgeführt werden, sind ähnliche Konzeptualisierungsschritte in der psychoedukativen Phase vorgesehen. In diesem Zusammenhang werden ebenfalls Notfallpläne für lebensbedrohliche Verhaltensweisen in einzelnen Modi erarbeitet.

In der darauf folgenden Phase der GST wird an der Veränderung maladaptiver Modi gearbeitet. Einzelne kognitive, verhaltens- und erlebnisbasierte Techniken hinsichtlich unterschiedlicher Modi werden im Folgenden ausführlicher beschrieben.

In der abschließenden Therapiephase wird an der Herstellung von Autonomie gearbeitet. In dieser Phase erfolgt die Entwicklung und Stärkung funktionaler Modi (Modus des glücklichen Kindes und Modus des gesunden Erwachsenen), eine stärkere Ablösung von den Therapeuten als Elternfiguren und stärkere Unterstützung durch Peers, die unter anderem aus der Gruppe erfolgt.

## Beziehungsgestaltung in der GST

Wie im ST-Einzelsetting kommt auch in der GST der Beziehungsgestaltung eine besonders wichtige Rolle zu. Die Beziehung zwischen den beiden Gruppentherapeuten und den Patienten ist von begrenzter elterlicher Fürsorge geprägt. Hierbei ist es Aufgabe der Gruppentherapeuten, die individuellen Bedürfnisse aller Patienten und das Bedürfnis der Gruppe als Ganzes zu berücksichtigen. Voraussetzung hierfür ist, dass beide Gruppentherapeuten sich entsprechend ihrer individuellen Persönlichkeiten echt, zugleich aber konsistent, stabil, warm und unterstützend zeigen. Gruppentherapeuten modellieren gleichsam Elternteile, die, wenn auch auf unterschiedliche Art und Weise, ihren Kindern gegenüber akzeptierend und wertschätzend auftreten, insbesondere hinsichtlich der Persönlichkeitszüge jedes einzelnen Kindes. Dies kann einerseits durch eine Modifikation in der Stimmlage (z. B. warme, weiche Stimme, wenn mit einem Patienten im Modus des vulnerablen Kindes gesprochen wird), andererseits durch Mimik (z. B. Aufrechterhalten von Augenkontakt) und Gestik (z. B. Hand auf die Schulter legen, um einem Patienten im Modus des vulnerablen Kindes anzudeuten, dass er nicht allein ist). In schematherapeutischen Gruppen verharren Gruppentherapeuten nicht starr auf ihren Plätzen, sondern

wechseln ihren Sitzplatz, um entweder in der Nähe desjenigen Patienten zu sein, mit dem gerade gearbeitet wird, oder um neben einem Patienten zu sitzen, der sich aktuell in einem maladaptiven Modus befindet und somit Unterstützung benötigt.

Wenn begrenzte elterliche Fürsorge durch die Therapeuten den Grundstein für die Reduktion dysfunktionaler Elternmodi und die Stärkung eines gesunden Erwachsenen-Modus legt, können akzeptierende und wertschätzende Rückmeldungen durch andere Gruppenmitglieder diesen Effekt verstärken. Häufig berichten Patienten im Gruppensetting, dass die Rückmeldungen von Gruppenmitgliedern «echter» erscheinen als die der Therapeuten («Das ist ja auch Teil Ihres Jobs, dass Sie das sagen!»). Insbesondere solche BPS-Patienten, die negative biografische Erfahrungen mit Geschwistern oder Peers gemacht haben (z. B. durch Mobbing in der Schule), haben die Möglichkeit, alternatives, ihrem Schema widersprechendes Verhalten im Gruppensetting durch andere Gruppenteilnehmer zu erleben. Patienten berichten im Verlauf einer GST Behandlung häufig von einem Gefühl der Zugehörigkeit zu der Gruppe, das einer Zugehörigkeit zu einer funktionalen Familie ähnelt. Patienten mit BPS haben an unterschiedlichen Punkten im Verlauf ihrer Entwicklung vermittelt bekommen, dass sie nicht «dazugehören» (z. B. das schwarze Schaf in der Familie waren oder aus Peer Groups ausgeschlossen wurden). Das Gefühl von Zugehörigkeit zu einer Gruppe kann eine heilsame neue Erfahrung für den vulnerablen Kind-Modus von BPS-Patienten sein, während passende Rückmeldungen anderer Gruppenteilnehmer hinsichtlich einer Person bei der Identitätsentwicklung des gesunden Erwachsenen Modus helfen.

## Therapeutische Interventionen mit Schema-Modi

Nachdem die Gruppenmitglieder in psychoedukativen Sitzungen die verschiedenen Modi kennengelernt haben und über ihre eigenen Erfahrungen mit diesen Modi sprechen konnten, liegt der Fokus in den folgenden Sitzungen auf therapeutischen Interventionen bezüglich unterschiedlicher Schema-Modi. Hierbei wird im GST-Modell vorzugsweise mit den Modi gearbeitet, die aktuell in der Gruppe vorhanden sind.

## Arbeiten mit dem Modus des distanzierten Beschützers

Im Modus des distanzierten Beschützers sind Patienten mit BPS bemüht, intensive Gefühle und andere Menschen von sich fern zu halten mit dem Ziel, nicht überwältigt oder verletzt zu werden. Aus diesem Modus heraus kann es zu schweren Selbstverletzungen und Suizidversuchen

kommen, sodass mit allen Gruppenteilnehmern Notfallpläne erarbeitet werden, bevor mit den therapeutischen Interventionen am Modus des distanzierten Beschützers begonnen wird.

Typischerweise ist der erste Schritt in der Arbeit am Modus des distanzierten Beschützers das Wahrnehmen von Gefühlen selbst. Farrell und Shaw (1994) beschreiben, dass sich die meisten BPS-Patienten auf einem sensu-motorischen, globalen Level emotionaler Bewusstheit befinden, und schlagen entsprechend vor, mit körperbezogenen Übungen zu beginnen. Körperbezogene Übungen helfen den Patienten dabei, Empfindungen im Körper wahrzunehmen und somit Gefühlswahrnehmungen zu erleichtern. Um die Angst zu reduzieren und die Selbstwahrnehmung eher nach außen als nach innen zu lenken, werden spielerische Elemente in die Übungen integriert. Im Rahmen dieser Übungen lernen Patienten, das Auftreten ihres distanzierten Beschützers zu kontrollieren. Sie erleben eine Wahlmöglichkeit: Sie können sich entweder mittels des distanzierten Beschützers unangenehmen Gefühlen entziehen oder sie können unangenehme Gefühle zulassen. Wenn BPS-Patienten in der Lage sind, Gefühle zu einem gewissen Grad zuzulassen, wird der vulnerable Kind Modus der Patienten deutlicher sichtbar. Daraufhin können sowohl Therapeuten durch begrenzte elterliche Fürsorge als auch andere Gruppenmitglieder durch Unterstützung und Akzeptanz versuchen, die Bedürfnisse des vulnerablen Kindes zu erfüllen. In weiteren Sitzungen kann mittels Stühle-Techniken und Rollenspielen am Modus des distanzierten Beschützers gearbeitet werden. Bei Rollenspielen zum Modus des distanzierten Beschützers erscheint es hilfreich, wenn auch andere Gruppenmitglieder die Rolle des distanzierten Beschützers einnehmen, da diese mit den Argumenten und Gegenargumenten, die typischerweise aus diesem Modus entstehen, vertraut sind. Gleichzeitig besteht die Möglichkeit, dass durch die aktive Beteiligung einiger Gruppenteilnehmer zurückhaltende Gruppenteilnehmer motiviert und in die Rollenspiele eingebunden werden.

Wenn es BPS-Patienten gelingt, ihren distanzierten Beschützer zu durchbrechen, sind sie in der Lage mehr über eigene Bedürfnisse, Wünsche und auch Abneigungen zu lernen. Dies ist ein wichtiger Schritt in der Entwicklung einer stabilen gesunden Erwachsenen-Identität.

## Arbeiten mit dem Modus des vulnerablen Kindes

Für manche Patienten ist die Arbeit am Modus des vulnerablen Kindes in der Gruppe beängstigender als im Einzelsetting, für andere Patienten wiederum führt die Anwesenheit von anderen Gruppenmitgliedern zu einem stärkeren Gefühl von Sicherheit. Starke Angst führt zu einem erneuten Aufkommen des distanzierten Beschützers, so dass es wichtig ist, BPS-Patienten behutsam an die Arbeit mit dem Modus des vulnerablen Kindes heran-

zuführen. Häufig beginnen wir daher mit einer Diskussionsrunde zu Bedürfnissen von Kindern und der Frage, wie mit diesen kindlichen Bedürfnissen umgegangen werden könnte. Die Gruppenmitglieder beschreiben, wie mit ihren Bedürfnissen in ihrer Kindheit und Jugend umgegangen wurde. Dabei entstehen häufig Diskussionen darüber, wie viel Bedürfniserfüllung berechtigt ist, da auch die Bedürfnisse anderer berücksichtigt werden müssen. Im Gespräch mit anderen Gruppenmitgliedern sowie im tatsächlichen Verhalten der anderen in der Gruppe können die Patienten einen ausgeglichenen Umgang mit eigenen Bedürfnissen und den Bedürfnissen anderer erlernen. Zusätzlich wird mit den Patienten erarbeitet, durch welche Personen oder Objekte und auf welche Weise sie Trost oder Unterstützung erfahren. Gleichzeitig beginnen wir mit ersten kurzen Imaginationsübungen in der Gruppe.

## Imaginationsarbeit in der Gruppe

Kurze Imaginationsübungen in der Gruppe dienen zunächst dem Ziel, die Patienten mit dieser Technik vertraut zu machen. In kurzen Imaginationsübungen findet ein Shaping-Prozess statt, an dessen Ende das Imaginative Überschreiben (Imagery Reprocessing and Rescripting; ImRS; Arntz & Weertman, 1999; Smucker & Niederee, 1995; Arntz, 2011) steht. Beispielsweise wird im ersten Schritt ein Kind imaginiert, das ein Eis isst. Im zweiten Schritt werden die Gruppenmitglieder gebeten, sich selbst in dem Alter des Kindes vorzustellen, wie sie ein Eis essen. Daraufhin werden mit den Gruppenmitgliedern einfache Bilder eines sicheren Ortes erarbeitet. Erst in einem der folgenden Schritte wird eine Übung zum imaginativen Überschreiben durchgeführt. Da Imaginationsübungen für BPS-Patienten aufgrund ihres ausgeprägten Misstrauens-Schemas zu Beginn sehr schwierig erscheinen, muss jeder Teilschritt verstärkt werden.

Bei Übungen zum imaginativen Überschreiben gehen üblicherweise alle Gruppenmitglieder von ihrem sicheren Ort zu einem Bild ihres vulnerablen Kindes. Hierbei können entweder Bilder aus der Vergangenheit beschrieben werden oder vergleichsweise aktuelle Bilder, in denen sich ein Patient im Modus des vulnerablen Kindes befand. Dann werden die Patienten instruiert, das vorherrschende Gefühl wahrzunehmen und eine Weile in dem Bild zu bleiben. Daraufhin kommen die Teilnehmer in das Gruppen-setting zurück und einige berichten über ihre Erfahrung. Sobald sich ein Patient gefunden hat, der an seinem Bild arbeiten möchte, werden alle Gruppenmitglieder gebeten, noch einmal das in ihrem Bild vorherrschende Gefühl hervorzuholen, während der Patient sein Bild beschreibt. Daraufhin wird mithilfe der Therapeuten das Bedürfnis des vulnerablen Kindes in der Szene identifiziert. Im Anschluss erarbeiten die Gruppentherapeuten mit dem Patienten Möglichkeiten, das Bedürfnis zu erfüllen. Hierbei besteht eine Möglichkeit darin, die anderen Gruppenmitglieder in die Szene zu integrieren.



## Fallbeispiel

Frau B. berichtet, nachdem alle Patienten in die Gruppe zurück gefunden haben, von einem Bild in ihrer Wohnung an ihrem aktuellen neuen Wohnort.

Frau B.: Ich sitze auf dem Bett im Schlafzimmer und ich fühle mich so einsam. Ich kenne hier niemanden in diesem Dorf. Und mein Mann ist immer nur bei meiner Schwiegermutter und lässt mich allein.

Therapeut 1: Wäre es in Ordnung für Sie, wenn wir heute mit Ihrem Bild arbeiten? (Patientin nickt) Schön, Frau B., gehen Sie noch einmal in Ihr Bild zurück. Alle anderen möchte ich bitten, auch die Augen zu schließen und sich noch einmal in das Gefühl von vorher hineinzuversetzen. Frau B., können Sie mir beschreiben, wie es in Ihrem Schlafzimmer aussieht? (Patientin beschreibt Zimmer) Und wo befinden Sie sich?

Patientin: Ich sitze auf dem Bett und drücke ein Kissen ganz fest. Ich weine. Ich fühle mich so verdammt schlecht, so alleine. (Patientin weint)

Therapeut 1: Wäre es für Sie in Ordnung, wenn ich jetzt in Ihr Bild komme? (Patientin nickt) Darf ich mich neben Sie auf Ihr Bett setzen? (Patientin nickt) Manchmal ist es so schwer, wenn man ganz allein an einem neuen Ort wieder anfangen muss. Ich kann verstehen, dass Sie sich einsam fühlen. Aber ich möchte jetzt gerne für Sie da sein, darf ich mal meinen Arm um Ihre Schulter legen? (Patientin nickt) Wie fühlen Sie sich jetzt?

Patientin: Ein bisschen besser. Nicht mehr ganz so allein. Wenigstens Sie sind da. Aber das ändert auch nichts daran, dass ich hier keine Freunde habe.

Therapeut 2: Vielleicht würde es helfen, wenn ein paar andere Gruppenmitglieder mit mir in Ihr Bild kommen dürften?

Patientin: Ich weiß nicht.

Therapeut 2: Wer möchte Frau B. gerne kurz besuchen? (Therapeut geht die einzelnen Gruppenteilnehmer durch. Alle anderen Patienten signalisieren, dass sie in das Bild mitkommen möchten.) Frau B., dürfen wir Sie besuchen? (Patientin nickt) Ok, dürfen wir in Ihre Küche kommen? Ich rufe jetzt aus der Küche «Hallo, wir sind da?», hören Sie mich?

Patientin (lächelt): Ja.

Therapeutin 1: Wollen wir in die Küche gehen?

Patientin: Ja. Wir sind jetzt in der Küche und alle stehen um meinen Küchentresen herum. Ich hatte noch nie Besuch hier.

Therapeutin 2: Hat außer mir noch jemand Lust auf eine heiße Tasse Tee? (Einige Patienten nicken). Haben Sie Tee da, Frau B.?

Patientin: Ich habe verschiedene Sorten (sie nennt alle Sorten), ihr könnt euch aussuchen, was ihr wollt.

Therapeutin 2: Hat sich jeder einen Tee ausgesucht? Können alle sehen, wie das Wasser kocht? Hmm, hat jeder seinen Tee? Welche Sorte Tee haben Sie, Frau B.? (Therapeut geht daraufhin die einzelnen Patienten durch und fragt sie, welche Sorte sie haben.) Wie fühlen Sie sich jetzt, Frau B.?

Patientin: Irgendwie gut. Es fühlt sich so gut an, dass alle hierhergekommen sind, zu mir, nur um mit mir einen Tee zu trinken.

Therapeutin 2: Ich möchte, dass Sie dieses Gefühl ganz festhalten. Und ich möchte auch alle anderen bitten, dass Sie ihr eigenes Gefühl ganz festhalten und noch einmal versuchen zu spüren, wie es sich anfühlt, hier in diesem Bild zu sein. Und dann können Sie alle ganz langsam, Schritt für Schritt, in unsere Gruppensitzung zurückkommen.

Am Ende der Imaginationsübung wird in der Gruppe besprochen, welche Erfahrung die Patienten in der Übung gemacht haben und wie diese Erfahrung in ihren Alltag übertragbar ist.

Es besteht die Möglichkeit, in einer Sitzung mehrere Imaginationsübungen durchzuführen. Aufgrund des Gruppensettings ist der Teil der Übung, in dem die gemeinsamen Erfahrungen in der Übung und die Übertragbarkeit in den Alltag besprochen werden, zeitlich umfangreicher. Auch hier bietet sich für Patienten, die noch im Modus des distanzierten Beschützers sind, die Möglichkeit, durch Modelllernen Erfahrungen für den Umgang mit ihrem vulnerablen Kind-Modus zu sammeln.

## Arbeiten mit dem Modus des wütenden Kindes

Voraussetzung für das Arbeiten mit dem Modus des wütenden Kindes in der GST ist eine sichere Atmosphäre in der Gruppe. BPS-Patienten müssen sich einerseits sicher sein, im Rahmen der Gruppe nicht körperlich oder psychisch verletzt zu werden, andererseits benötigen sie die Sicherheit, dass sie Ärger zeigen können, ohne andere Gruppenmitglieder zu verletzen oder die Gruppe zu verlieren. In diesem Zusammenhang erscheint es notwendig, dass die Gruppentherapeuten sowohl in der Lage sind, Patienten im Modus des wütenden Kindes klare Grenzen zu setzen, als auch die Möglichkeit zu eröffnen, die Wut adäquat zu ventilieren und das dahinter stehende Bedürfnis zu validieren. Häufig gelingt es in der GST mit BPS-Patienten nicht, die Wut angemessen verbal zu ventilieren. Ein spielerischer Zugang zu Gefühlen von Wut, Ärger oder auch Enttäuschung ist in Gruppen mit BPS-Patienten hingegen besonders hilfreich. Eine erlebnisbasierte spielerische Übung, bei der innerhalb kurzer Zeit zahlreiche Gruppenmitglieder involviert werden, ist das Tauziehen. Während die Übung zunächst mit zwei Patienten oder einem Patienten und einem Gruppentherapeuten beginnt, finden sich schnell Helfer, die die jeweiligen ziehenden Seiten unterstützen. Meist bilden sich auch Teams, die unterschiedliche Seiten anfeuern.

In Rollenspielen, in denen es darum geht, dass die Patienten sich gegen strafende oder fordernde Elternmodi zur Wehr setzen, geschieht es häufig, dass Patienten in den Modus des wütenden Kindes wechseln. Hier fühlen sich

Patienten besonders dann validiert, wenn ein Gruppentherapeut oder andere Gruppenmitglieder sie im Rollenspiel dabei unterstützen, sich gegen den Elternmodus zu wehren. Im Verlauf können dann in der Gruppe soziale Kompetenzen eines gesunden Erwachsenen mit den Patienten erarbeitet werden, die den Patienten dabei helfen können, die Bedürfnisse des wütenden Kindes angemessen zu erfüllen.

## Arbeiten gegen den Modus des strafenden oder den fordernden Elternteils

Sich gegen den Modus des strafenden oder fordernden Elternteils zur Wehr zu setzen, fällt Patienten im Gruppensetting häufig erheblich leichter als im Einzelsetting. BPS-Patienten profitieren von dem Wissen und dem Gefühl, dass nicht nur die Gruppentherapeuten, sondern auch andere Gruppenmitglieder hinter ihnen stehen und sie beim Bekämpfen ihres strafenden oder fordernden Elternmodus unterstützen werden. Gerade dann, wenn ein Patient sich aufgrund der Aussagen seines strafenden oder fordernden Elternmodus sehr vulnerabel fühlt und kaum in der Lage ist sich dagegen zu behaupten, kommen in der Gruppe andere Mitglieder zu Hilfe und schützen den Patienten einerseits und widerlegen die Aussagen des strafenden oder fordernden Elternmodus andererseits.

Eine Übung in der GST nach Farrell und Shaw (2010) zur Bekämpfung des strafenden Elternmodus ist die *effigy-Übung* (Abbild-Übung). Bei dieser Übung werden zunächst in der Gruppe aus Bettlaken Körperbilder ausgeschnitten. Mit den Gruppenmitgliedern wird besprochen, dass in der folgenden Übung ein Bild ihres strafenden (oder fordernden) Elternmodus geschaffen wird, das auch zukünftig in Rollenspielen verwendet wird. Daraufhin darf jedes Gruppenmitglied einen oder mehrere Sätze auf die Körperform schreiben, die es von seinem strafenden Elternmodus hört. In manchen Gruppen erhält die Körperform ein Gesicht, in anderen finden sich nur die Sätze auf dem Abbild des strafenden Elternmodus. Typischerweise entstehen im Verlauf der Übung starke und deutlich unterscheidbare Emotionen in der Gruppe. Während einige Patienten zunächst mit Angst und Distanzierung reagieren, werden andere Patienten traurig oder ärgerlich. Häufig werden Mitgefühl für andere Gruppenmitglieder und Unverständnis gegenüber den Äußerungen der strafenden Elternmodi von den Patienten zum Ausdruck gebracht. Hier ergibt sich erneut die Möglichkeit des Modelllerns.

Im zweiten Teil der Übung wird das Abbild des strafenden Elternmodus in Rollenspielen eingesetzt. Hierbei versteckt sich dasjenige Gruppenmitglied, das die Rolle des strafenden Elternmodus im Rollenspiel übernimmt, hinter dem Abbild, während ein Patient den Elternmodus bekämpft und dafür Unterstützung von anderen Gruppenmitgliedern und einem Therapeuten erhält. Der zweite

Gruppentherapeut befindet sich bei dieser Übung stets in der Nähe desjenigen Patienten, der den strafenden Elternmodus spielt und achtet auf diesen Patienten. Zum Ende einer GST-Sitzung kann das Abbild z. B. in einen Schrank eingeschlossen werden, sodass bildhaft gemacht wird, dass die Patienten diesen Anteil nicht mit nach Hause nehmen.

## Fallbeispiel

Frau S. wollte in einem Rollenspiel ihren strafenden Elternmodus bekämpfen. Frau B. hatte sich bereit erklärt, die Rolle des strafenden Elternmodus zu spielen. Therapeut 1 und die restlichen Gruppenmitglieder unterstützen Frau S., während Therapeut 2 auf Frau B. achtet.

Frau S.: Du hast mich immer nur einen Versager genannt und mich nie unterstützt. Das war nicht fair.

Strafender Elternmodus: Ich habe dich aufgezogen. Dass du immer versagt hast, hat nichts mit mir zu tun. Du solltest mir dankbar sein.

Frau S.: Dir dankbar? Du hast mich fertiggemacht und geschlagen. Noch heute sagst du mir ständig, dass ich zu dumm bin, irgendetwas hinzubekommen.

Strafender Elternmodus: Du kriegst ja auch nichts hin. Versager. Alles hast du abgebrochen, du bist einfach unfähig. (Frau S. weicht zurück).

Therapeut 1: Das stimmt nicht. Hören Sie ihm nicht zu. Sie schaffen das, sich zu wehren.

Frau S.: Das stimmt nicht. Ich habe diese Therapie noch nicht abgebrochen, ich arbeite daran, dass es mir besser geht.

Strafender Elternmodus: Lächerlich! Andere arbeiten, während du auf deiner faulen Haut in der Klinik liegst auf Kosten anderer! (Frau S. schweigt und weicht weiter zurück.)

Anderer Patient: Lass sie in Ruhe! Wegen dir und dem, was du gemacht hast, muss sie überhaupt in Therapie! (Zu Frau S.) Zeig' es dem! Du hast schon ganz anderes durchgestanden, den werden wir auch noch los!

Frau S. zum strafenden Elternmodus: Du bist derjenige, der versagt hat! Ich arbeite wenigstens an meinen Problemen, du schaust immer einfach auf die Probleme anderer.

(Therapeut 2 flüstert zu Frau B.: Frau B., geht es noch? Frau B. nickt.)

Frau S.: Ich will, dass du endgültig aus meinem Leben verschwindest! (geht zu Frau B., nimmt die Körperform und wirft sie in den Mülleimer).

In einer weiteren kognitiven Übung zum Bekämpfen des strafenden oder fordernden Elternmodus werden mit den Patienten die Effekte von positiver Verstärkung sowie von Bestrafung erarbeitet. Hierbei können die Patienten lernen, wie sie ihre Motivation zur Aufgabenbewältigung verbessern können, wenn sie fürsorglicher und weniger strafend mit sich selbst umgehen. Zudem können Patienten im Gruppensetting erleben, dass sie nicht von anderen Gruppenmitgliedern oder dem Co-Therapeuten-Team abgelehnt werden, wenn sie Fehler machen oder nicht perfekt sind, was dem fordernden Eltern-Modus widerspricht.

## Arbeiten mit dem Modus des glücklichen Kindes

BPS-Patienten sind häufig in einer Umwelt aufgewachsen, in der Spontaneität und Spiel wenig Relevanz beigemessen wurde oder diese sogar bestraft wurden. Während es im Einzelsetting schwierig sein kann, mit dem Modus des glücklichen Kindes zu arbeiten, kann GST Patienten mit BPS die Peer Group bieten, die sie häufig in ihrer Kindheit und Jugend nicht hatten. Dies hilft bei der Entwicklung einer eigenen Identität.

Einerseits können in kognitiven Übungen Aktivitäten erarbeitet werden, bei denen die Gruppenmitglieder Freude und Spaß erleben (z. B. Minigolf spielen, Pizza im Bett essen etc.). Daraufhin werden die erarbeiteten Aktivitäten in Hausaufgaben außerhalb der Gruppe gemeinsam mit anderen Gruppenmitgliedern umgesetzt. In späteren Gruppensitzungen können Imaginationsübungen zu diesen Momenten durchgeführt werden, so dass auch die Teilnehmer, die bei bestimmten Aktivitäten nicht anwesend waren, eingeschlossen werden können.

## Arbeiten mit dem Modus des gesunden Erwachsenen

Zu Beginn der Gruppentherapien wird häufig eine Hausaufgabe gestellt, in der alle Gruppenteilnehmer ein Arbeitsblatt mit zwei Kreisen erhalten. Die Gruppenmitglieder werden gebeten in den ersten Kreis die aktuelle Verteilung aller Modi in ihrem Leben einzuzichnen. In den zweiten Teil zeichnen die Teilnehmer eine Verteilung ein, die sie sich wünschen würden. Häufig zeigt sich, dass im ersten Kreis nur ein sehr kleiner Abschnitt für den gesunden Erwachsenen eingezeichnet wird. Patienten mit BPS sind sich häufig ihrer gesunden Erwachsenen-Anteile wenig bewusst, so dass ein Teil der Arbeit mit dem Modus des gesunden Erwachsenen darin liegt, mit den Patienten zu erarbeiten, welche gesunden Erwachsenen-Anteile sie bereits besitzen. Da in der Gruppe auch immer Anteile genannt werden, die andere Gruppenmitglieder nicht besitzen, kann gleichzeitig besprochen werden, an welchen gesunden Erwachsenen-Anteilen (z. B. Verhaltensweisen, Charakteristika, etc.) die Patienten in den kommenden Wochen arbeiten wollen. Daraufhin können in der Gruppe kreative Aufgaben vorgeschlagen werden, mit denen genau an diesen Anteilen gearbeitet wird.

Ein weiterer Abschnitt der Arbeit mit dem Modus des gesunden Erwachsenen in der GST ist der Bereich Identität. BPS-Patienten leiden unter der Instabilität ihres Selbstbildes, die zu zahlreichen weiteren Symptomen wie innerer Leere oder Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen führt. Durch unpassende oder negative internalisierte Rückmeldungen von wichtigen Bezugspersonen in der Kindheit und Jugend wurde die Identitätsent-

wicklung von Patienten mit BPS frühzeitig beeinträchtigt. Gleichzeitig fehlte eine gesunde Peer Group, die normalerweise Entwicklungsschritte in der Jugend wie Ablösung und Individuation begleitet. Diese Entwicklungsschritte können im Rahmen der GST nachgeholt werden. Durch die Arbeit an maladaptiven Modi werden Grundsteine für die Entwicklung einer stabilen Identität in der Gruppe gelegt. Die in der GST gewonnenen Kontakte mit anderen Gruppenmitgliedern können den Übergang zu weiteren wichtigen Entwicklungsschritten der Jugend und des gesunden Erwachsenen-Lebens unterstützen.

Im Rahmen der GST können BPS-Patienten neue Fertigkeiten in einer sicheren Umgebung ausprobieren und realistische Rückmeldungen von anderen Gruppenmitgliedern erhalten. Sie können in der Gruppe beobachten, wie andere Gruppenmitglieder an ihren Schwierigkeiten arbeiten und wie diese mit Erfolgen und Misserfolgen umgehen. Auch hier kann Modelllernen bei der Stärkung des eigenen gesunden Erwachsenen-Modus unterstützen.

Im Gegensatz zu klassischen Gruppentherapien wird in der GST der Kontakt der Patienten untereinander außerhalb der Therapiesitzungen unterstützt, da diese in vielen Fällen zu den «gesünderen» Kontakten im Umfeld der Patienten gehören. Tatsächlich entstehen, wie im realen Leben, häufig Konflikte in der Interaktion von Gruppenmitgliedern untereinander außerhalb der Sitzungen. Jedoch können diese Konflikte offen in den GST-Sitzungen angesprochen und in der Gruppe gelöst werden. Farrell und Shaw (2010) gehen davon aus, dass sich das soziale Netzwerk von BPS-Patienten vergrößert, wenn der Modus des gesunden Erwachsenen durch die GST gestärkt wird.

## Diskussion

Da in der GST nach Farrell und Shaw (2010) von einem hohen therapeutischen Schwierigkeits- und Komplexitätsgrad ausgegangen werden kann, ist eine möglichst optimale Abstimmung der Gruppentherapeuten gefordert, die nur durch intensives Training und Supervision erreicht werden kann. Die Gruppentherapeuten können sich bei der Leitung der Gruppe gegenseitig entlasten, indem sie einerseits die Rollen in zeitlichem Abstand wechseln und sich andererseits in ihrer Arbeit ergänzen. Obwohl die Besetzung einer Gruppentherapie mit zwei Therapeuten einen Kostenfaktor darstellt, können Patienten vom unterschiedlichen Stil und Temperament zweier Therapeuten bei der Entwicklung ihres gesunden Erwachsenen-Modus profitieren.

Farrell und Shaw (2010) verglichen Psychotherapie für Patienten mit BPS mit natürlichen Entwicklungsschritten von Kindern und gehen davon aus, dass Patienten in unterschiedlichen Stadien von einem unterschiedlichen Therapieformat profitieren. Während Patienten mit einem starken Bindungsbedürfnis, ähnlich dem von Säuglingen und Kleinkindern, dieses optimal im schematherapeutischen Einzelsetting durch begrenzte elterliche Fürsorge von Seiten des Therapeuten erfüllt bekommen, erfordern

Entwicklungsschritte der späteren Kindheit oder Jugend, wie Ablösung und Identitätsbildung, oder des frühen Erwachsenenalters die Präsenz einer Peer Group. Hierfür erscheint das Gruppensetting als optimale Alternative.

Bisherige Studien zu dem vorgestellten GST-Modell nach Farrell und Shaw (2010) konnten eine sehr gute Effektivität in der Behandlung der BPS zeigen. Im Rahmen weiterer randomisierter, kontrollierter Studien sollte die Wirksamkeit des GST-Modells bei BPS auch in tagesklinischen, stationären und ambulanten Settings untersucht werden. Bisher nicht untersucht wurde die Frage, welches Training und welche Supervision für Therapeuten nötig sind, die nach dem GST-Modell arbeiten, welche Anzahl an Sitzungen benötigt wird und welche Kombination von schematherapeutischer Gruppen- und Einzeltherapie optimal ist.

Zudem wurde das GST-Modell nicht auf andere Patientenpopulationen übertragen. Zukünftige empirische Studien werden untersuchen, ob und wenn ja, welche Modifikationen am GST-Modell für andere Patientenpopulationen oder gemischte Patientengruppen vorgenommen werden müssen.

## Literatur

- Arntz, A. (2011). Schematherapie für Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 59, 195–204.
- Arntz, A. & Genderen, H. van (2010). *Schematherapie für Borderline-Persönlichkeitsstörung*. Weinheim: Beltz.
- Arntz, A. & Weertman, A. (1999). Treatment of childhood memories: theory and practice. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 715.
- Dickhaut, V. (2010, June). *Individual & Group Schema Therapy for BPD Outpatients: New findings from research in the Netherlands [Abstract]*. Boston: Paper presented at the 6th World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies.
- Farrell, J. M. & Shaw, I. A. (1994). Emotional awareness training: A prerequisite to effective cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 1, 71–91.
- Farrell, J. M., Shaw, I. A. & Webber, M. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychology*, 40, 317–328.
- Farrell, J. M. & Shaw, I. A. (2010). Schematherapie-Gruppen für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung: Das Beste aus zwei Welten der Gruppen-Psychotherapie. In E. Roediger & G. Jacob (Hrsg.), *Fortschritte der Schematherapie. Konzepte und Anwendungen* (S. 235–258). Göttingen: Hogrefe.
- Jacob, G. & Arntz, A. (2011). *Schematherapie in der Praxis*. Weinheim: Beltz.
- Reiß, N., Lieb, K., Arntz, A., Shaw, I. A. & Farrell, J. M. (2011). *Responding to the treatment challenge of patients with severe BPD: Results of three pilot studies of inpatient schema therapy*. Manuscript in preparation.
- Smucker, M. & Niederee, J. (1995). Treating incest-related PTSD and pathogenic schemas through imaginal exposure and rescripting. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 63–92.
- Yalom, I. D. (2005). *The Theory & practice of group psychotherapy* (5th ed). New York: Basic Books.
- Young, J. E., Klosko, S. & Weishaar, M. E. (2008). *Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch*. Paderborn: Junfermann.

Dipl.-Psych. Neele Reiß

Universitätsmedizin Mainz  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Untere Zahlbacher Str. 8  
DE-55131 Mainz  
E-Mail: reiss@psychiatrie.klinik.uni-mainz.de