



# Persönlichkeitsstörungen – Von der Theorie zur Praxis

lic. phil. Roland Weber  
Psychotherapeut FSP

## Typische Aussagen beim Stichwort „Persönlichkeitsstörungen“

“Das ist eine schwierige Persönlichkeit, die total instabil ist“

„Sie verhalten sich auffällig, sind anstrengend und nerven“

„Sie stellen hohe Ansprüche und halten Regeln nicht ein“

**Betroffene erleben:** „Unterschwellig werde ich selber für meine Probleme verantwortlich gemacht“

# Gefahr einer selbsterfüllenden Prophezeiung

Wenn man glaubt, Persönlichkeitsstörungen (PS) seien schwer zu behandeln, dann sind sie dies auch! (Fiedler, 2007)

Therapiepessimismus den schweren PS gegenüber wird oft undifferenziert auf alle PS generalisiert

Bei Problemen in der Behandlung, oft: „Ist frühe Störung“

Erklärung therapeutischer Krisen durch PS macht aus einem Problem der Therapeut-Patient-Beziehung ein Problem, dass die Patienten zu verantworten haben

## Stigmatisierungsgefahr (Fiedler, Sachse)

Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ führt sofort zu tiefgreifender Beziehungsstörung. Ungünstig für Therapeut-Patient Beziehung

Andere Haltung:

Probleme als Art von Lebens-/Identitätsdefinition erkennen, die es zu respektieren gilt als kreative Notlösung

Allerdings auch als Lösung, die modifiziert, überarbeitet, verändert werden muss

Das heisst:

Man kann „PS“ hochgradig entpathologisieren und unter interaktioneller und Ressourcen Perspektive sehen

Um mit diesen Patienten gut umgehen zu können...

- ...benötigt man ein tieferes Verständnis davon, wie die Klienten „psychisch funktionieren“, was sie wollen, wie sie denken / fühlen und warum sie so handeln wie sie handeln**
- ... ein therapeutisches Werkzeug, welches Veränderungen ermöglicht**

## Theoretisches Fundament



# Der Begriff Persönlichkeitsstörung

„Persönlichkeitsstörungen“ sind vorrangig komplexe Störungen der Interaktion, der Beziehungsgestaltung, also eigentlich Beziehungsstörungen (Sachse, 2009; Fiedler, 2007)

Ursprung in der Biografie als Notlösungen für schwierige (frühe) Interaktionssituationen

Diese Lösungen sind kostenintensiv und führen oft zu hoch problematischem Interaktionsverhalten

## Der Begriff Persönlichkeitsstörung II

Dieses relativ konstante und unflexible Erleben und Verhalten bringen die Klienten auch in die therapeutische Beziehung ein

Dieses Interaktionsverhalten stellt hohe Anforderungen an Behandelnde und macht Patienten mit PS zu schwierigen Patienten

Teils sind die Verhaltensweisen sehr unterschiedlich: Personen mit histrionischen Störung suchen Nähe und Aufmerksamkeit, Personen mit einer schizoiden Störung Distanz und meiden Aufmerksamkeit

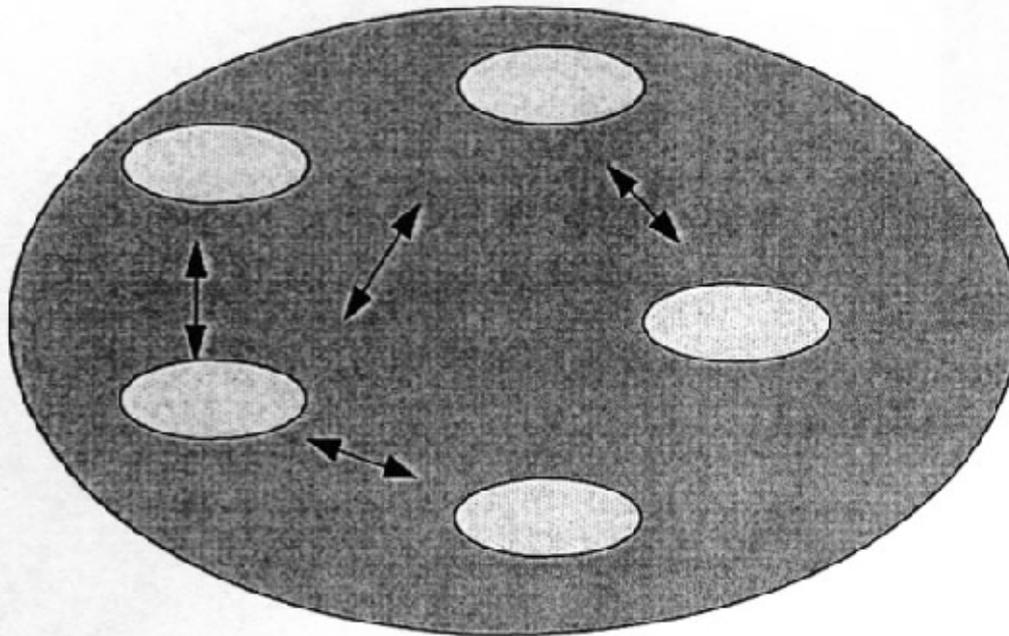
## Der Begriff Persönlichkeitsstörung III

Welche PS entwickelt wird, hängt davon ab, welche Strategien und Lösungen zu einer Person passen und welche Strategien im sozialen Kontext akzeptiert/erfolgreich waren

Eigenheiten der Einzelnen PS gut kennen, denn die unterschiedlichen Arten der Beziehungsgestaltung erfordern verschiedene therapeutische Vorgehensweisen

## Konflikt vs Struktur (Votsmeier)

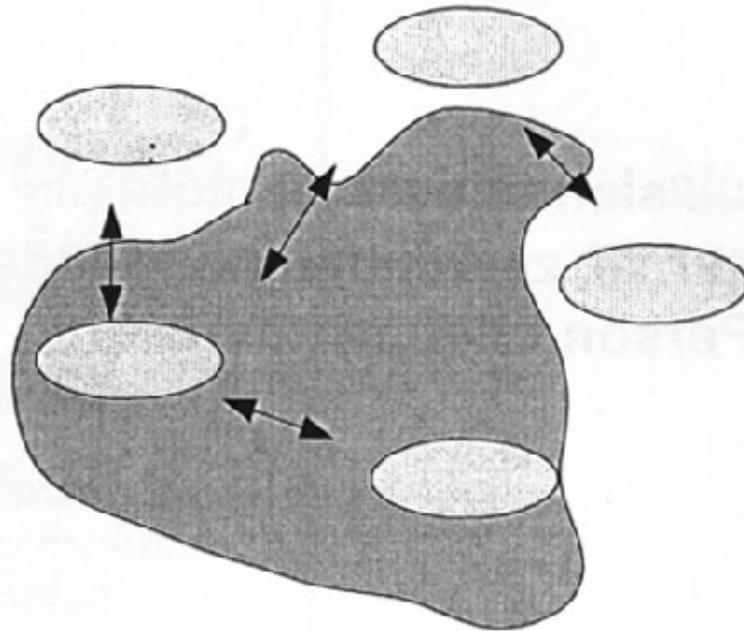
- **Psychische Prozesse auf der „Inneren Bühne“ = ausreichender Halt**



Konflikt-Störung: „sich selbst im Wege stehen“

## Konflikt vs Struktur II (Votsmeier)

- Die „Inneren Bühne“ kann die psychische Prozesse nicht halten / umfassen



Strukturelle Störung: „nicht ertragen können“ - Angst!

## Strukturelle Defizite...

Ständige Balance-Akte ausführen müssen

Sich nicht als ganze, zusammenhängende Person erleben können

Die eigenen Emotionen / Impulse nicht (ausreichend) steuern können

Sich symbiotisch verstricken oder sich isolieren

Kaum gute innere Bilder von sich und andern haben

Schwierigkeiten sich zu orientieren: Wer bin ich?

## Eine Komplikation: Ich Syntonie (Sachse)

Die Erlebens und Verhaltensweisen sind in der Regel Ich-synton

d.h.: Erleben / Verhalten (z.B. die Suche nach Aufmerksamkeit) wird als zu-sich-gehörig erlebt, als Teil der eigenen Identität  
Die Person erlebt es nicht als fremd oder störend, leidet nicht darunter, sondern höchstens unter den Konsequenzen oder „Kosten“ des Verhaltens

## Ich-Syntonie II

Dies hat eine entscheidende therapeut. Konsequenz: Die Personen sind nicht motiviert, ihr Erleben / Verhalten zu modifizieren, sie sind nicht änderungsmotiviert!

Aufgrund der Ich-Syntonie kommen die Personen oft in Therapie ohne klare Problem Definition, ohne klaren Arbeitsauftrag oder mit einem vagen Auftrag „Kosten zu reduzieren“ (z.B.: „machen sie mich wieder fit!“)

Änderungsmotivation und Arbeitsauftrag müssen daher in der Behandlung erst geschaffen werden

## Reine und hybride PS (Sachse, 2004)

**Zwei Klassen von PS** (durch Forschung gut belegt):

### **Reine PS**

d.h. Beziehungsstörungen, die nach den Prinzipien des Modells der doppelten Handlungsregulation funktionieren

Narzistische, Histrionische, Dependente, Selbstunsichere, Schizoide, passiv-aggressive, zwanghafte, paranoide PS

### **„hybride“ Störungen**

d.h. Aspekte einer Interaktionsstörung, darüber hinaus noch andere Störungsaspekte

Borderline Störung: auch Emotionsregulationsstörung;  
Identitäts-/Dissoziative Störung

Weitere: Antisoziale und schizotypische PS

# Nähe und Distanz Störungen

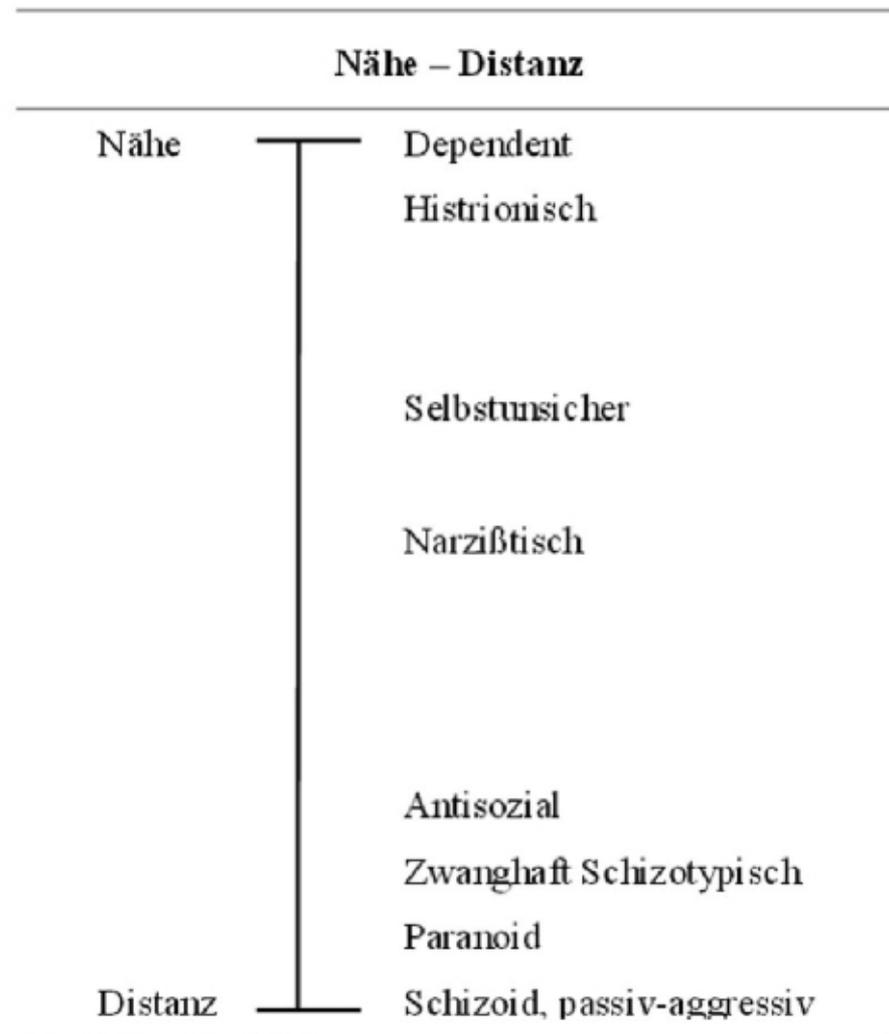
Weitere Unterscheidung der reinen PS:

## **Klienten mit Nähe Störungen...**

haben den Wunsch nach Nähe und Beziehung  
weisen aber durchwegs Bindungsprobleme auf  
tun viel um Kontakte herzustellen  
sind in Beziehungen hoch manipulativ

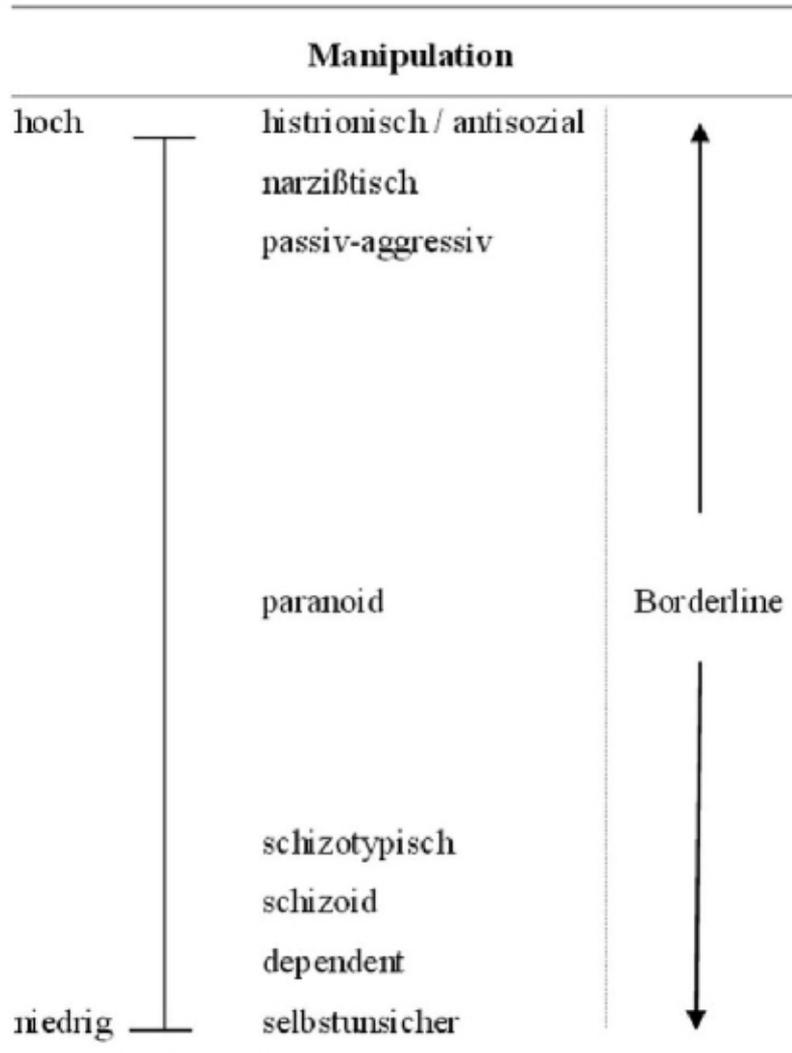
## **Klienten mit Distanz Störungen...**

halten andere Menschen auf Distanz  
sind in Beziehungen vorsichtig und misstrauisch  
tun viel um Kontakte zu vermeiden oder zu kontrollieren  
sind vergleichsweise wenig manipulativ



**Comer (1995)**  
aus Sachse (2000)

Comer (1995)  
aus Sachse (2000)



## Exkurs: Diagnostik

Die Einteilung im DSM / ICD ist keine Einteilung aufgrund empirischer Analyse

Grenzwert, von dem an von einer Störung gesprochen wird:  
recht willkürlich (Sachse, Fiedler)

Oldham und Morris (1995): Kontinuum zw. Persönlichkeitsstil  
und Persönlichkeitsstörung (z.B. ordentlich/Zwangsverhalten)

Eigenarten (Stil) treffen auf praktisch alle Personen zu. PS sind  
Extremausprägungen von Persönlichkeitsstilen

## Cluster Einteilung nach ICD-10 / DSM-IV

	ICD	DSM
<b>Cluster A:</b> <i>sonderbar</i> <i>exzentrisch</i>	paranoide PS (F60.0) schizoide PS (F60.1)	paranoide, schizoide schizotypische PS
<b>Cluster B:</b> <i>dramatisch</i> <i>emotional</i>	emotional instabile PS (F60.3) histrionische PS (F60.4) dissoziale PS (F60.29)	Borderline PS histrionische PS antisoziale, narzisst.
<b>Cluster C:</b> <i>Ängstlich</i> <i>vermeidend</i>	ängstliche PS (F60.6) abhängige PS (F60.7) anankastische PS (F60.5) passiv-aggressive PS (F60.8)	selbstunsichere PS dependente PS zwanghafte PS (passiv-aggressive PS)

## Diagnostik III

Die deskriptiv-phänomenologische Erfassung und Klassifikation hat Vorteile und Stärken, aber auch Nachteile und Begrenzungen

„Gefahr, dass die inneren, kausalen und psychodynamischen Zusammenhänge unberücksichtigt bleiben und zugunsten eines oft fruchtlosen Klassifikationszwangs, der insbesondere auch im Hinblick auf die Psychotherapie [...] nur in begrenztem Umfang Informationen zur Verfügung stellt, vernachlässigt wird“ (Böker, 2011, S. 26)

Um die zentralen Motive / Schemata zu verstehen, braucht es eine Diagnostik im Sinne von Arbeitshypothesen, die aus dem konkreten Interaktionsverhalten ableitbar sind

## Epidemiologie (Fiedler 2007)

Prävalenzrate von 5-10% in unterschiedlichen  
Bevölkerungsgruppen und Kulturkreisen

Prävalenz für PS bei psychiatrischen Patienten zw. 39% (ICD-10)  
und 51% (DSM-III-R), wobei die höchsten Prävalenzraten für  
Borderline (14.5-14.9%), die selbstunsicher-vermeidende (11-  
15.2%), die histrionische (4.3-7.1%) und die dependente  
Persönlichkeitsstörung (4.5-4.6%)

In der Psychiatrie sind oft Patienten mit niedrigem  
Strukturniveau und damit zusammenhängenden  
Identitätsproblemen

## Epidemiologie II

Suizidrisiko (Fiedler, 2005):

- Durchschnittlich 6% in Beobachtungszeiträumen von 7 Jahren
- 4% suizidierten sich in den ersten 2 Jahren nach der ersten Klinikbehandlung
- Zweiter Peak: Im ersten Jahr nach Klinikentlassung

Belastende Kindheitserfahrungen (adverse childhood experiences; vgl. Felitti et al. 2005) beeinträchtigen die Entwicklung grundlegender psychischer Strukturen

Dies erklärt 80% aller Persönlichkeitsstörungsdiagnosen (Huber, 2011)

# Komorbiditäten

## Komorbidität untereinander

## Komorbidität gegenüber anderen psychischen Störungen

Hohe Komorbiditätsrate ist gut empirisch belegt (vgl. Sachse, Fiedler).  
 80% Wahrscheinlichkeit, dass bei PS-Diagnose auch eine  
 zweite PS vorliegt (Fiedler, 2007)

Fydrich et al. 1996 (aus Sachse,2007):

Angststörungen	52%
affektive Störungen	56%
somatoforme Störungen	26.8%
Essstörungen	43.8%

# Psyche und Gesellschaft

Umbruch in der Arbeits- und Alltagswelt dürfte nicht nur normalpsychologische Probleme der Bevölkerung verändern, sondern auch die psychiatrischen Problemstellungen (Hell, 2003)

Diskontinuität des (post-)modernen Seins:

„ Der Romanschriftsteller Salman Rushdie behauptet, dass das moderne Ich „ein schwankendes Bauwerk ist, das wir aus Fetzen, Dogmen, Kindheitsverletzungen, Zeitungsartikeln, Zufallsbemerkungen, alten Filmen, kleinen Siegen, Menschen, die wir hassen, und Menschen, die wir lieben, zusammensetzen“ (in Senett, 2008, S. 181)

## Psyche und Gesellschaft II

„Es geht nicht mehr um Gehorsam, Disziplin und Konformität mit der Moral, sondern um Flexibilität, Veränderung, schnelle Reaktion und dergleichen. Selbstbeherrschung, psychische und affektive Flexibilität, Handlungsfähigkeit. Jeder muss sich beständig an eine Welt anpassen, die eben ihre Beständigkeit verliert, an eine instabile, provisorische Welt mit hin und her verlaufenden Strömungen und Bahnen. Die Klarheit des sozialen und politischen Spiels hat sich verloren“ Ehrenberg, 2008, S.247)

„The impact of society and culture on mental health is routinely neglected in standard psychiatry books...“ (Levine, 2007)

# Das Modell der doppelten Handlungsregulation

(Sachse, 1997)

Theorie über das Funktionieren von PS, mit der Grundannahme, dass Persönlichkeitsstörungen als Beziehungs- und Interaktionsstörungen aufgefasst werden können

Kern: dysfunktionale Überzeugungen über Beziehungen, dysfunktionale interaktionelle Intentionen und dysfunktionale Arten der Beziehungsgestaltung

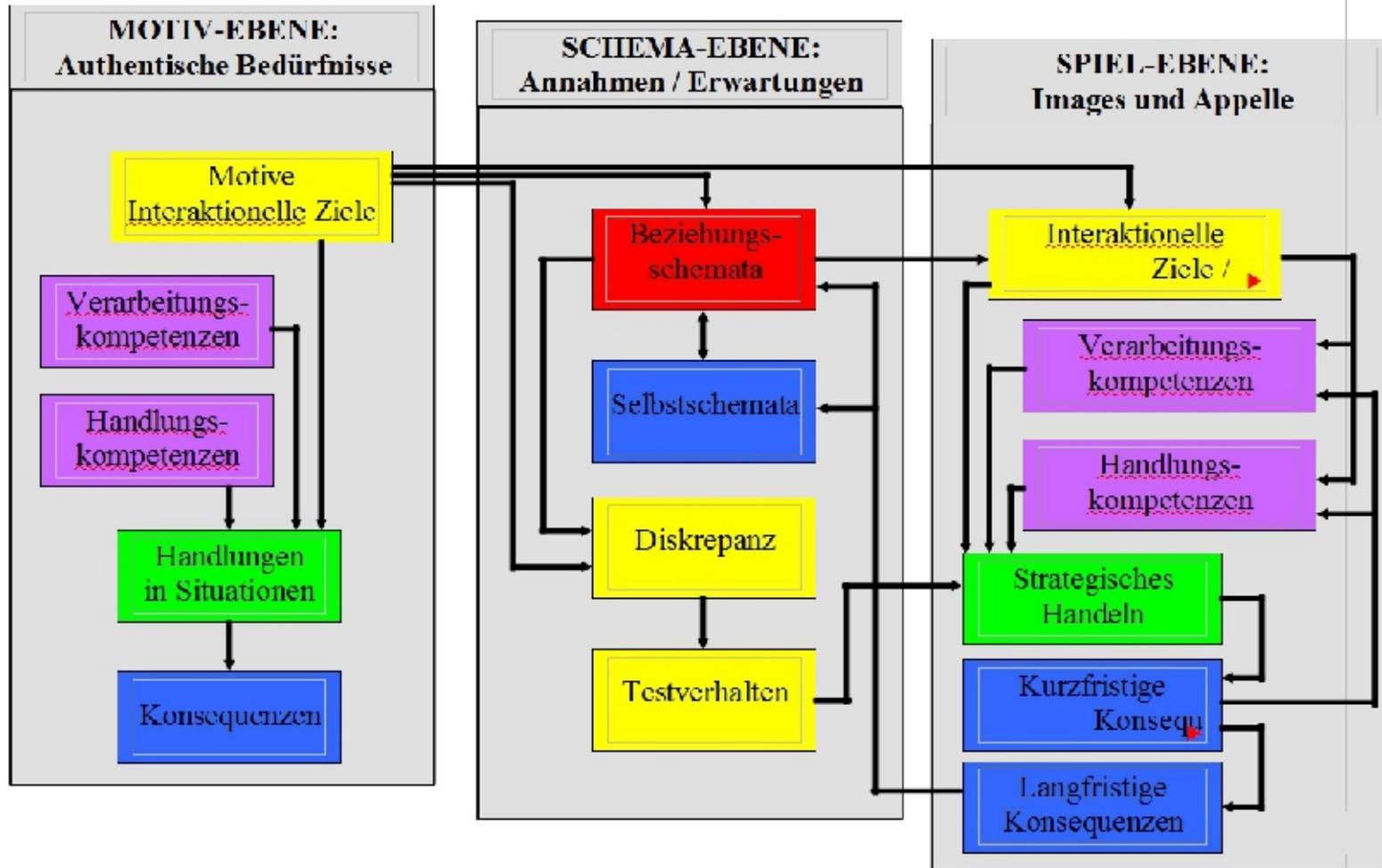
Diese Interaktionsmuster sind unflexibel, kostenintensiv und der Person oft nicht bewusst („ich-synton“)

Die einzelnen Komponenten des Modells müssen jeweils für die einzelne PS spezifiziert werden

A)

B)

C)



## **A):** Motivebene oder Ebene der authentischen Handlungsregulation

Beschreibt die „normale“ oder „authentische“ Handlungsregulation

Motive welche durch interaktionelles Handeln befriedigt werden können und wofür Beziehungen nötig sind

Interaktionelle Ziele werden für den Interaktionspartner in transparente Handlungen umgesetzt

Diese Handlungen sind mehr oder wenig effektiv

# Beziehungsmotive

Sind die Grundmotive der authentischen Regulationsebene

Annerkennung

Wichtigkeit

Verlässlichkeit

Solidarität

Autonomie

Grenzen, Territorialität

# Kompetenzen um Beziehungsmotive befriedigen zu können

## **Verarbeitungskompetenzen**

- Empathie, sich in eine andere Person hineinversetzen können
- Motive, Annahmen erschliessen können
- Antizipieren, wie man auf andere wirkt und welches Verhalten bei anderen ankommt
- Soziale Situationen / Beziehungen zutreffend einschätzen

## **Handlungskompetenzen**

- Über unterschiedliche Handlungsstrategien verfügen
- Fähigkeiten, diese Strategien flexibel einzusetzen und zu modifizieren

## **B): Ebene der Schemata oder Annahmen**

Jede Person erwirbt in der Lebensgeschichte verschiedene Arten von Schemata

Sind Grundannahmen über sich oder die Wirkung auf andere Personen (d.h. Selbstkonzepte und Beziehungsschemata)

Schemata bestimmen die Informationsverarbeitung (emotional / kognitiv) und die Steuerung des Verhaltens

Interaktionelles Handeln und seine Konsequenzen wirken auf die Schemata zurück

## **B): Ebene der Schemata oder Annahmen**

Jede Person erwirbt in der Lebensgeschichte verschiedene Arten von Schemata

Sind Grundannahmen über sich oder die Wirkung auf andere Personen (d.h. Selbstkonzepte und Beziehungsschemata)

Schemata bestimmen die Informationsverarbeitung (emotional / kognitiv) und die Steuerung des Verhaltens

Interaktionelles Handeln und seine Konsequenzen wirken auf die Schemata zurück

## Schemata II

Schemata beziehen sich damit zB.

Auf das Selbst (eigene Kompetenzen, Attraktivität)

Das Motivsystem (eigene Ziele / Werte, Intentionen)

Das Überzeugungssystem (Annahmen über Effekte des eigenen Handelns, Annahmen über eigene Kontrollmöglichkeiten, Annahmen über „die Realität“)

Sind relativ zeitstabil, situationsübergreifend und zuverlässig

Schemata führen zu einer „voreingenommener“  
Situationsverarbeitung

## Selbst- und Beziehungsschemata

Annahmen über die eigenen Fähigkeiten, Ressourcen, eigene Attraktivität (z.B. ich bin falsch, nicht liebenswert)

Annahmen darüber, wie Beziehungen im Allgemeinen funktionieren oder darüber, wie andere Personen Beziehungen gestalten (z.B. Beziehungen sind nicht verlässlich)

Personen mit PS weisen in der Regel negative bis massiv negative Schemata auf

Schemata können zu einer "allergischen" Verarbeitung führen:  
z.B. Kann eine Person mit sehr negativem Selbstschemata schon auf leichte Kritik schnell heftig (=allergisch) reagieren

## C): Spielebene

Die Bildung von PS hat immer mit der Frustration zentraler Beziehungsmotive zu tun

Eine Person erfährt, dass sie als Person, für ihr authentisches Handeln, keine Anerkennung / Wichtigkeit usw. erhält, gleichzeitig bleibt das Motiv wichtig (zB. Wichtig zu sein)

Ein Dilemma entsteht

Diese Frustration führt 1) dazu, dass das authentische Verhalten eingestellt wird und 2) zu negativen Selbst- und Beziehungsschemata

## Lösung des Dilemmas

Eine Person versucht aktiv Lösungen zu erreichen für das Dilemma

Versuch, die Frustration zu vermindern und das, was sie brauchen, auf andere Art zu bekommen

Es muss eine „Lösung“ sein, die im jeweiligen (Familien-)System auch positive Effekte erzeugt, wobei das System meist nur bestimmte Arten von Lösungen zugelassen hat

Von der Art der Lösungen hängt wesentlich die Art der entwickelten PS ab

## Strategisches Handeln

Versuch wichtige Interaktionspartner, welche die Befriedigung zentraler Motive „verweigern“, zu veranlassen, doch so zu handeln, dass etwas Befriedigung erreicht wird

Durch die Anwendung von Strategien, soll die Person zu diesem Handeln veranlasst werden

D.h. die Person muss strategisch („manipulativ“) handeln, um ihre Ziele zu erreichen

Was man durch authentisches Handeln nicht bekommt, holt man sich über strategisches Verhalten

# Strategisches Handeln

Die entsprechenden Strategien können Kinder schon früh lernen (durch Versuch und Irrtum, Modelllernen, das System „empfiehlt“ diese Strategie)

Im wesentlichen zwei Strategien um eine Person dazu zu bringen, etwas zu tun, was sie gar nicht tun möchte:

**Images** → Man baut ein Bild von sich auf, will in bestimmter Art gesehen oder nicht gesehen werden (z.B. „ich bin schwach“)

**Appelle** → Man will, dass ein Interaktionspartner etwas Bestimmtes tut oder nicht tut (z.B. „Sichtweise nicht in Frage stellen“)

## Strategische Ebene

Durch diese Strategien werden die zentralen Motive nicht befriedigt und es bleibt ein permanentes Defizit Erleben. Der positive Effekt der erzielten Rückmeldung hält nur kurz und muss daher durch neues Verhalten erneut hergestellt werden

Weiteren Arten von strategischen Zielen: a) **Vermeidungsziele**

Kommen durch negative Schemata zustande (z.B. „Kritik ist furchtbar“)

daraus resultiert, dass Kritik unter allen Umständen vermieden wird

b) **Kompensationsziele**

Umkehrung negativer Annahmen

sind oft übertrieben /extrem (z.B. sei besser als alle anderen!)

## Beziehungstests

Tests schaffen Klarheit ob eine Beziehung vertrauensvoll ist und ob eine Person sich (tiefer) auf eine Beziehung einlassen soll

Bei einem positiv eingestelltem Gegenüber entwickelt sich eine "Annäherungstendenz". Gleichzeitig aktiviert die Situation auch ungünstige Schemata (z.B. "Ich bin nichts wert"). Dies erzeugt eine "Vermeidungstendenz"

Reduktion der unangenehmen Diskrepanz durch Beziehungstest (zB. Angriffe, Grenzen auspeilen, Regeln in Frage stellen). Bei bestehen des Test: Verstärkung der Annäherungstendenz

Hilfreich: Test als Test durchschauen, man ist nicht als Person gemeint

## Therapeutische Praxis



# Grundlagen der Behandlung (Sachse)

Jede Persönlichkeitsstörung weist spezifische Motive, Schemata und Interaktionsstrategien auf

Die Störungen sind oft ich-synton

Der Patient kommt nicht in Behandlung, um sich zu ändern, sondern um mit deren Hilfe sein System zu stabilisieren

Der Klient hat daher oft keinen Arbeitsauftrag

Der Arbeitsauftrag muss im Laufe der Behandlung erarbeitet werden. Dies ist ein erstes Therapieziel

# Therapeutische Konsequenzen aus dem Modell

## **1) Komplementäres Handeln zur Motivebene**

Die Motive des Klienten befriedigen, ohne therapeutische Regeln zu verletzen. Dem Klienten geben, was er braucht und ihn dort abholen wo er ist.

## **2) Explizierung der Beziehungsmotive**

Grundlegende Motive des Klienten explizit machen. Wünsche, Bedürfnisse, Sehnsüchte explizieren.

## **3) Dysfunktionale Schemata bearbeiten**

Schemata herausarbeiten, bewusst machen und dann umzustrukturieren (z.B. durch Rollenspiele, Stuhlarbeit)

# Therapeutische Konsequenzen aus dem Modell II

## 4) Konfrontation mit Aspekten der Spielebene

Bei tragfähiger Beziehung: Spiele transparent machen.  
Bewusstmachen was er tut, dass er es tut, warum er es tut, welche Kosten er hat und dass er diese selber verursacht.  
Alternativen entwickeln

## 5) Umgang mit Tests

Können unangenehm sein. Daher wichtig zu wissen, wie man konstruktiv damit umgeht

## 6) Kein komplementäres Handeln auf der Spielebene

So weit wie möglich **nicht** komplementär verhalten.  
Ansonsten Stabilisierung des Systems

# Therapeutische Konsequenzen aus dem Modell III

## **7) Biographische Arbeit**

Erarbeiten, warum bestimmte Strategien entwickelt wurden, dass sie eine Funktion hatten, nun aber nicht mehr nötig sind

## **8) Alternative Handlungen entwickeln und üben, zB.**

Soziales Kompetenztraining

## Therapiephasen 1

Phase 1 Beziehungsgestaltung	Phase 2 Entwicklung des Arbeitsauftrag	Phase 3 Klären	Phase 4 Inhaltliche Bearbeitung	Phase 5 Transfer
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ allgemeine BG</li> <li>▪ komplementäre BG</li> <li>▪ Modellbildung durch den Therapeuten</li> <li>▪ Klärung (soweit möglich)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Klären</li> <li>▪ Konfrontieren</li> <li>▪ Modellbildung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schemata herausarbeiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Veränderung der Schemata</li> <li>▪ EPR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Üben in Real-situationen</li> </ul>
Wenn Beziehungskredit	Wenn AA	Wenn Schemata klar	Wenn Schemata verändert	

Therapiephasen nach Sachse:

## Therapiephasen 2

	<b>Phase 1</b> Beziehungs- gestaltung	<b>Phase 2</b> Entwicklung des Arbeits- auftrag	<b>Phase 3</b> Klären	<b>Phase 4</b> Inhaltliche Bearbeitung
<b>Beziehungs- gestaltung</b>				
<b>Klärung</b>				
<b>Kontrontation</b>				

Therapiephasen  
nach Sachse II:

# Grundlagen der Behandlung (eigene Erfahrungen)

In der Therapie früher Störungen geht es in erster Linie um den Aufbau nicht entfalteter und brüchiger seelischer Grundstrukturen

Zentral ist die Beziehung im „Hier und Jetzt“ (Empathisch-stützend & standhaft)

Vertrauen in die Selbstheilungskräfte des Organismus

Da oft Traumata vorhanden sind, kann Traumatherapie wichtig sein

Informationsvermittlung

Strategien für Notfälle und Krisensituationen

Supervision und Selbstfürsorge

## Goldene Regel (nach Linehan)

„Kreiere ein Umfeld, in welchem funktionale Verhaltensmuster verstärkt und dysfunktionale Verhaltensmuster gelöscht werden“

d.h. das therapeutische Angebot als Netz von Strukturen

Das Team / das Milieu der Station als „Vorbild“; lernen am Modell

## Erfolgreiche versus weniger erfolgreiche Therapeuten (Fiedler, 2007)

*Therapieoptimismus* der Therapeuten [...] nach innen und nach aussen [...]. Kurz: Wenn die Therapeuten selbst am Erfolg ihrer Tätigkeit zweifeln, sind sie weniger effektiv“ (S. 303)

Ziel nicht primär den Betroffenen zu ändern. Versuchen so etwas wie eine Haltefunktion zu erreichen. Das heisst: gemeinsam gegen widrige Lebensumstände, gemeinsam gegen zwischenmenschliche Krisen

Ressourcenorientierte Behandlung: Entwicklung neuer Lebensperspektiven und Handlungsmuster als Ziel. D.h. Besprechung realer Sorgen und Nöte und Aktivierung des Erlebens und Fühlens

## Warum fällt es diesen Patienten oft schwer, selbstfürsorglich zu handeln? (Sack, 2013)

Es fehlen Kompetenzen, mit sich selbst fürsorglich umzugehen  
mangelnde gute Beziehungserfahrungen  
fehlende elterliche Fürsorge und Zuwendung

Die eigene Person wird abgelehnt  
Scham, Schuldgefühle  
Stigmatisierungsgefühle

Der eigene Körper wird abgelehnt  
Fehlende lustvolle Körpererfahrungen  
Angst vor Kontrollverlust

# Therapeutische Instrumente und typische Situationen

# Abmachungen

Personen mit strukturellen Defiziten profitieren von klaren äusseren Strukturen

Diese geben Orientierung und Halt – dem Betroffenen wie auch dem Team

Sie sollen mit einer Person zusammen erstellt und bei Bedarf angepasst werden

Inhalte können z.B. Regeln, Umgang mit Krisen, Konsequenzen aber auch Belohnungen sein

## Behandlungs-Vereinbarungen vom 26. November 2008

<b>Rahmen:</b>	OPG; mit Besuch ins Areal; Bett momentan im IPG Bereich.
<b>Besuchsregelung:</b>	Die Patientin bestimmt selber wie viel Besuch, und wann wenn sie Besuch möchte. Das Kernteam (respektive Stellvertreter) werden von der Patientin informiert und instruiert wie sie sich verhalten sollen.
<b>Wochenprogramm:</b>	Teilnahme an sämtlichen Gruppenstrukturen der Abteilung (z.B. IPG Kleingruppe, Abteilungsversammlung).  Täglicher Besuch des Ateliers (Vormittags).  2 x wöchentlich: Physiotherapie bei Fr. Pavles (auf der Abteilung oder im Physiotherapieraum)  Entspannungsübungen (Übung des sicheren inneren Ortes; Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson; je nach Bedarf, vorderhand täglich)
<b>Selbstverletzendes Verhalten:</b>	Bei Schneidedrang soll die Patientin sich beim Team melden, oder selbständig Entspannungsübungen anwenden. Die Art und Weise der Kontaktaufnahme kann die Patientin selber bestimmen (z.B. schriftlich).  Bei Schneiden soll die Patientin sich beim Team melden, und der Rahmen wird als Konsequenz für 48 h auf TPG eingeeignet. Verhaltensanalyse; Wissensvermittlung und Üben von Selbsthilfetechniken steht dann im Vordergrund.
<b>Suizidalität:</b>	Die Arbeit am Leben ist Grundvoraussetzung dieses therapeutischen Programms.  Bei auftretenden Suizidgedanken soll die Patientin sich beim Team melden. Die Art und Weise der Kontaktaufnahme kann die Patientin selber bestimmen (z.B. schriftlich).
<b>Weiteres:</b>	Bei einer positiven, stabilen Entwicklung ist eine Erweiterung des Wochenprogramms möglich. Die Patientin kann selber Wünsche, Anregungen einbringen (z.B. in die Cafeteria, in den Tierpark können, mit dem Hund einen Spaziergang unternehmen können).  Einmal pro Woche (oder bei Bedarf) werden diese Behandlungsvereinbarungen von der Patientin und dem Kernteam besprochen und angepasst wo nötig.

## Therapiehierarchie (nach Linehan)

- 1) Reduzieren von parasuizidalem Verhalten
- 2) Reduzieren von Therapie schädigendem Verhalten
- 3) Reduzieren der inneren Verzweiflung
- 4) Aufbau von Stabilität und Verhaltensfertigkeiten

(Suchtgruppe Klinik Luzern, Feb. 2011)

Erleben entsteht aus Wahrnehmung. Ein positiver Plan, führt zu positiven Gedanken, zu positiven Gefühlen, zu positiven körperlichen Reaktionen, führt letztlich zu positivem Verhalten.

### Was für Zutaten braucht es für einen positiven Lebensplan?

#### **bewusste Entscheidung für einen positiven Lebensweg**

##### **Ein stabiles Umfeld**

- Freundschaften
- Arbeit
- Wohn- Wohlfühlraum

##### **Freizeitgestaltung**

Ablenkung, Strukturierung, Musse, Pausen, Erholung. Aktive und passive Gestaltung Aktivitäten alleine und mit anderen

##### **Sich gutes Tun, gut für sich selber sorgen**

was brauche ich jetzt gerade, damit ich mich wohl fühle und es mir gut geht?  
Wie kann ich jetzt gerade etwas gutes für mich tun

##### **Anteilnahme**

Vor allem an guten, wie auch (wenn ich das aushalte) an schwierigen Ereignissen. Anteilnahme schafft Verbundenheit, gemeinsame Erfahrungen und Lernmöglichkeiten. Manchmal braucht es Abgrenzung & Rückzug.

##### **Hoffnung**

Auch in schwierigen Zeiten behalte ich Hoffnung. Was ich jetzt gerade erlebe ist ein Moment. Es werden wieder andere Momente mit anderen Erfahrungen kommen.

##### **Verantwortung übernehmen**

Für sich (sinngemäss. "liebe dich selbst, wie deinen nächsten") und andere (z.B. Haustier; FreundInnen)

**Ziel: Positiver Weg im Auge behalten. Schrittchen um Schrittchen, kleine Schritte auf dem positiven Weg gehen**

# Ein positiver Lebensplan

# Achtsamkeit

Mit Hilfe von Achtsamkeit kann man üben wahrzunehmen was im gegenwärtigen Augenblick ist

Durch Achtsamkeit bleibt eine Person in stressigen Momenten wach und aufmerksam. Dadurch wird Stress die Selbstverständlichkeit genommen

Durch Entspannung können anstehende Aufgaben mit mehr Gelassenheit und Kraft bewältigt werden

Durch die Schulung der Achtsamkeit werden Stressmuster bewusst & Gegenmassnahmen zum Stressabbau können geübt und angewendet werden

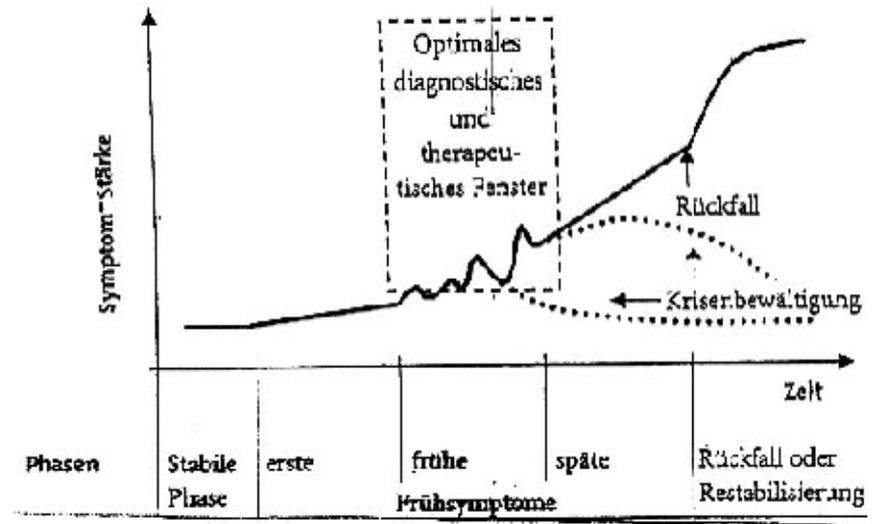
# Rückfallkurve mit Bewältigungsfenster

Das Leben ist durch  
Stimmungsschwankungen  
gekennzeichnet

Vor einem Rückfall / Krise  
treten oft Frühwarnzeichen  
auf

Im „therapeutischen Fenster“  
kann eine Person  
Fertigkeiten anwenden

In Abbildung 8.1 ist dargestellt, wann der günstigste Zeitpunkt ist, Frühsymptome zu erkennen und zu behandeln. (Hirsch & Pflinger, 2007)



# Frühwarnzeichen

Beschwerden, die zeitlich vor den Hauptsymptomen auftreten

Können eine nahende, aber noch nicht begonnene psychische Krankheit ankündigen

Wer seine Frühwarnzeichen gut erkennt, kann Gegenmassnahmen einleiten und so einem Rückfall / akuten Krankheitsphase entgegenwirken

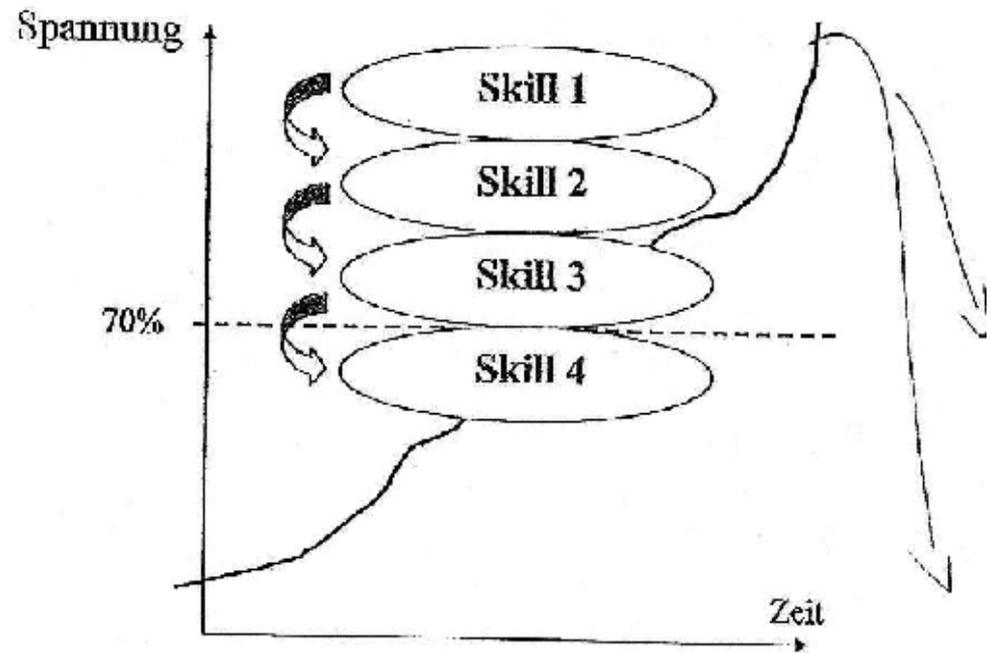
## Mögliche Frühwarnzeichen

- Reizbarkeit
- Nervosität
- Unruhe
- Schlafstörungen
- Appetitverlust
- Veränderung der Ess- oder Trinkgewohnheiten
- Konzentrationsstörungen
- Sozialer Rückzug
- Vernachlässigung der äusseren Erscheinung
- Veränderungen im Tagesablauf
- Leistungsabfall in Beruf oder Ausbildung
- Depressive Verstimmung
- Einengung der Interessen
- "irgend etwas stimmt nicht"
- Körperliche Beschwerden
- Misstrauen
- Aggressivität
- Geräuschempfindlichkeit
- Grundloses Unwohlsein
- Zwangsgedanken
- Unbestimmte Ängste
- Gefühl, beobachtet oder ausgelacht zu werden
- Schlechte Träume
- Plötzliche Ablehnung der Medikamenteneinnahme
- Plötzlich zunehmende Religiosität
- Zunehmende Konflikte mit anderen

## Bei Spannungszuständen: Skillskette

Was ist für eine brauchbare Skillskette zu beachten?

- 1) Es sollten 3-4 Skills hintereinander sein
- 2) Sie sollten eine klare Reihenfolge haben
- 3) Die Kette muss automatisiert ablaufen
- 4) Das letzte Kettenglied sollte möglichst unter eine Spannung von 70% führen



# Krisenplan

Erfasst individuelle Frühwarnzeichen, Skills, Bezugspersonen und weitere hilfreiche Massnahmen in Krisen

Bündelt die Selbsthilfemöglichkeiten einer Person

Ähnlich: **Krisenpass**

## Krisenplan

Meine persönlichen Frühwarnzeichen

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....
- 4) .....
- 5) .....

Massnahmen, die ich selber anwenden kann, um aus der Krise heraus zu kommen (z.B. Skills, Ablenkung,...):

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....

Personen/Institutionen (Familienangehörige, Freunde, Nachbarn o.Ä.), an die ich mich wenden möchte, wenn ich Frühwarnzeichen bemerke oder mich ansonsten stark verunsichert oder belastet fühle.

- | Name:    | Telefonnummer |
|----------|---------------|
| 1) ..... | .....         |
| 2) ..... | .....         |

Ärztinnen/Ärzte, Kliniken oder sonstige professionelle Hilfsangebote, an die ich mich in Krisensituationen wenden kann:

Meine behandelnde/r Arzt/Ärztin (Name, Telefonnummer):  
.....

Ausserhalb an Wochentagen (Name, bzw. Institution, Telefonnummer):

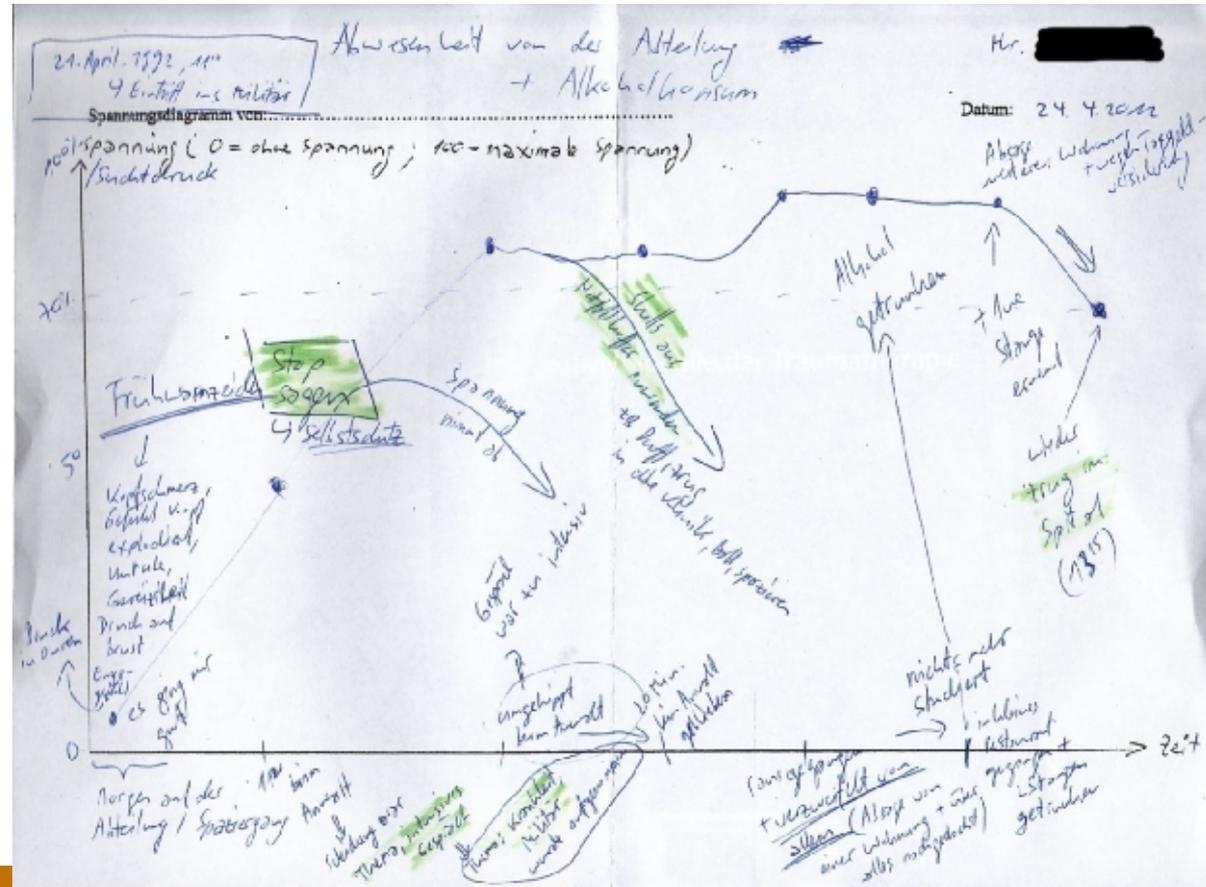
- 1) Notfallpsychiater: .....
- 2) Kriseninterventionsambulanz oder -station: .....
- 2) Nächste tagelange Psychiatrische Klinik: .....
- 4) Sonstiges: .....

# Verhaltensanalyse (VA)

Nach jeder Krise erfolgt eine VA

Ziele:

- 1) Situation rekonstruieren
- 2) Veränderungsmöglichkeiten suchen
- 3) Lernen:
  - 1) Frühwarnzeichen erkennen
  - 2) Skills anwenden



## Medikamentöse Behandlung (Weidinger, Bronisch)

Behandelt wird symptom-spezifisch und nicht die Krankheit

Medikamente können eine Psychotherapie ermöglichen und dabei helfen, diese durchzustehen

Depressive Symptome und Angst: SSRI

Frei flottierende Angst und Panikattacken: Tranquilizer

Schlafstörungen: Antidepressiva mit schlafanstossender Wirkung

Schwere aggressive Zustände: ev. Neuroleptika, Tranquilizer

# Recovery – Ein Konzept das auf Gesundung setzt

Die heutige Psychiatrie stellt oft Symptome und Defizite ins Zentrum

Dabei sind Hoffnung auf Heilung und Stärkung der gesunden Seiten wichtige Aspekte der Genesung

Viele Menschen werden auch nach einer schweren psychischen Krankheit wieder ganz gesund

## **Borderline-Persönlichkeitsstörung**

**Bis in die 1990-er Jahre galt die Borderline-Erkrankung oft als nicht behandelbar. Seither wurden mehrere Borderline-spezifische Behandlungskonzepte entwickelt. Studien haben gezeigt, dass viele Betroffene von diesen Verfahren profitieren. Heute ist Borderline oft gut behandelbar. Vor allem Symptome wie Selbstverletzung oder Suizidneigung klingen meist völlig ab. Eine aktuelle Studie zeigt, dass nach einer 10-jährigen Beobachtungsphase nur noch etwa 10% der befragten Betroffenen die Kriterien einer Borderline-Erkrankung erfüllen.**

Quellen bei Pro Mente Sana

# Krisenintervention – Grundsätzliches (Bronisch et al.)

Akzeptieren des Krisenverhaltens als Notsignal

Stützend und konfrontierend in der Beziehung bleiben („kühlen Kopf bewahren“)

Selbstverantwortung auch in der Krisensituation

Krise nachbesprechen

Alternative Problemlösungen üben

Bekannte Gefährdungen ansprechen und festhalten was damals geholfen hat

## Suizidalität (Finzen, 2007)

Beim Behandlungsbeginn ansprechen ob suizidale Krisen bekannt sind

Jeder Suizidversuch ernst nehmen

Suizidversuche basieren oft auf subjektiven Bilanzen („**so** will/kann ich nicht mehr leben“)

Nahezu jeder Suizidversuch enthält einen Apell

Aufrechterhalten und Festigen der Beziehung ist zentral

Gefährdung abschätzen (Impulse oder manipulative Funktion) und entsprechende Massnahmen ergreifen

Eine Person mit einem chronischen Suizidwunsch kann ein Therapeut langfristig nicht davon abhalten

# Selbstverletzendes Verhalten (SVV)

Funktionen von SVV (Sachsse):

- „globales Ventil für inneren Druck“
- „Suizidkorrelat und Suizidprophylaxe“
- „Vorletzter Akt von Autonomie“ (Huber)

Weder Katastrophisieren noch subjektive Not unterschätzen

Interventionen:

- Auslöser entfernen
- Aktiv intervenieren
- Wundversorgung
- Reduktion positiver Konsequenzen
- Vermitteln von alternativen Strategien

# Selbstverletzendes Verhalten (SVV)

Funktionen von SVV (Sachsse):

- „globales Ventil für inneren Druck“
- „Suizidkorrelat und Suizidprophylaxe“
- „Vorletzter Akt von Autonomie“ (Huber)

Weder Katastrophisieren noch subjektive Not unterschätzen

Interventionen:

- Auslöser entfernen
- Aktiv intervenieren
- Wundversorgung
- Reduktion positiver Konsequenzen
- Vermitteln von alternativen Strategien

# Dissoziation / dissoziative Erregungszustände

(Huber, 2010; Bronisch et al. 2009, Sack, 2013)

Mangel an Integration von wichtigen Lebenserfahrungen

Chronische Dissoziation ist eine erlernte Anpassungsstrategie an traumatische Entwicklungsbedingungen

Ist kein seltsames oder unheimliches Phänomen, sondern eine effektive Strategie um unangenehme Wahrnehmungen zu vermeiden oder sich zu schützen

Der Preis für diesen Schutz sind ein brüchiges / wenig kohärentes Selbst und schwere Beziehungsstörungen

## Dissoziation II

Erfahrung von menschlicher Nähe (z.B. In der Behandlung)  
können schnell als bedrohlich erlebt werden

Orientierung in Raum und Zeit geht (vorübergehend) verloren,  
sensorische Reize können nicht mehr verarbeitet werden

Oft szenisches Wiedererleben von früheren Erfahrungen

### Interventionen:

Person laut und klar ansprechen, starke Reize zuführen (zB.  
Kälte, Ammoniak, (dosierte) Schmerzreize)

Nach Kontakt: Fokus auf Aussenreize lenken, EMDR,

Über Alltagsthemen reden im Hier und Jetzt

Retraumatisierungen vermeiden

# Aggressivität (Bronisch et al. 2009)

Deskalierende Kommunikation (z.B. Rosenberg)

Sicherheit der eigenen Person geht vor: Abstand halten

Übermacht an helfenden Personen zusammenziehen (oder Polizei hinzuziehen)

Gezielte Intervention nach vorgängiger Absprache („Aggressionsmanagement“)

Überwältigung und Isolation zur Beruhigung, ev. mit Medikation

Nachbesprechung im Team und mit der Person

Alternative Strategien vermitteln und üben

Danke  
für Ihr  
Interesse!