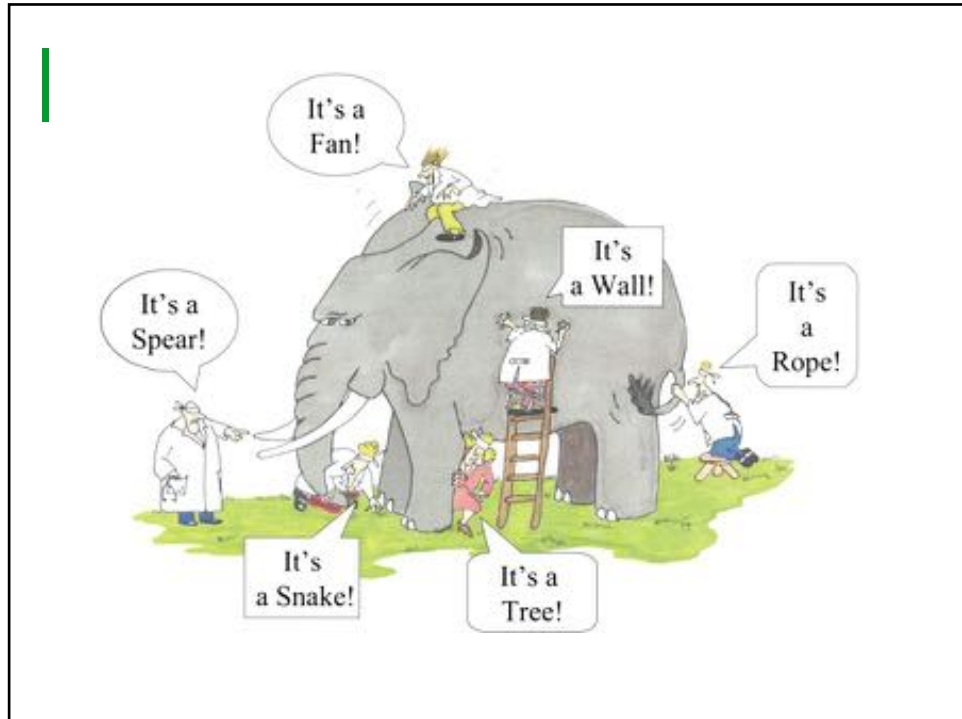




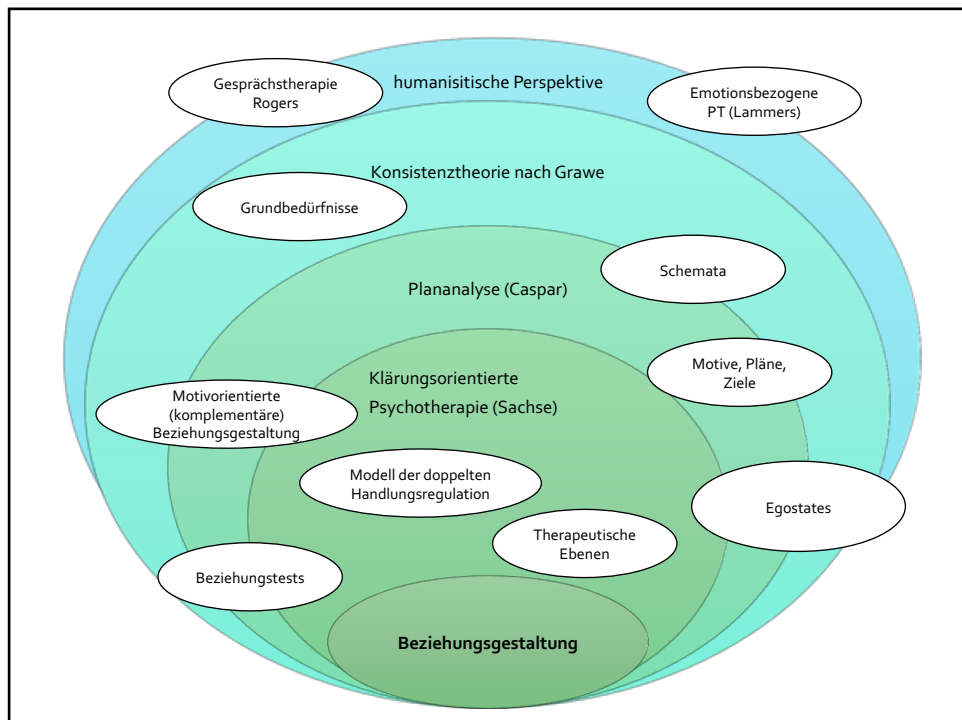
1



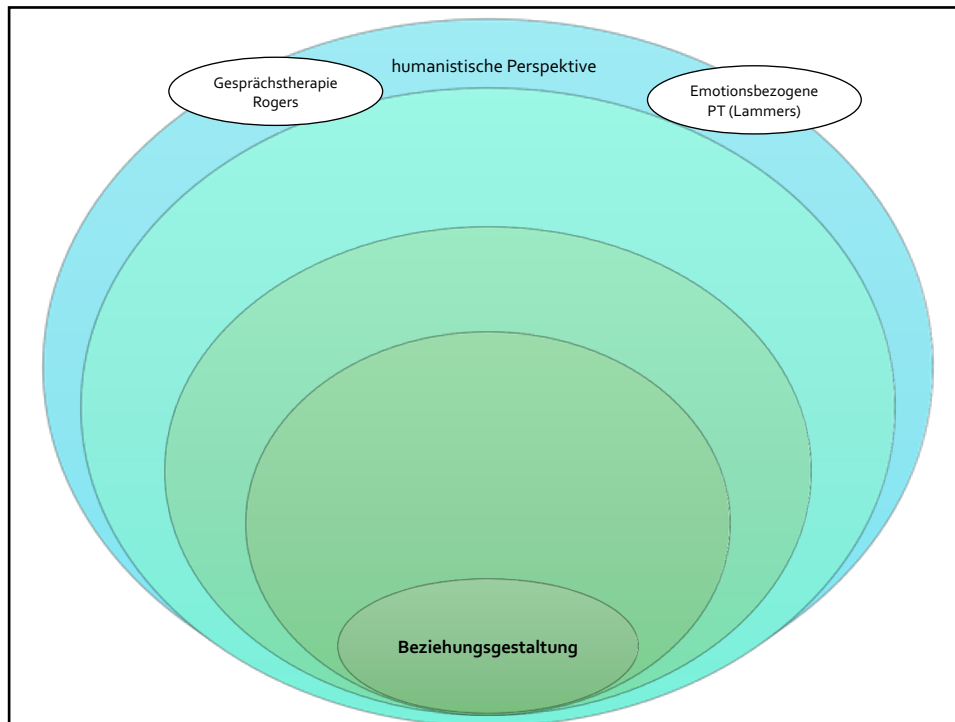
2



3



4



5

Gesprächstherapie Rogers

Lao-Tse

„Wenn ich vermeide, mich einzumischen, sorgen die Menschen für sich selbst. Wenn ich vermeide, Anweisungen zu geben, finden die Menschen selbst das rechte Verhalten. Wenn ich vermeide, sie zu beeinflussen, werden die Menschen sie selbst.“

Rogers

- » Angeborene Selbst-Verwirklichungs- und Vervollkommnungstendenz
- » Psychotherapie schafft ein günstiges Klima für den gestörten Wachstumsprozess
- » Grundhaltung in der Beziehung:
 - Bedingungslose positive Wertschätzung
 - Empathie
 - Kongruenz

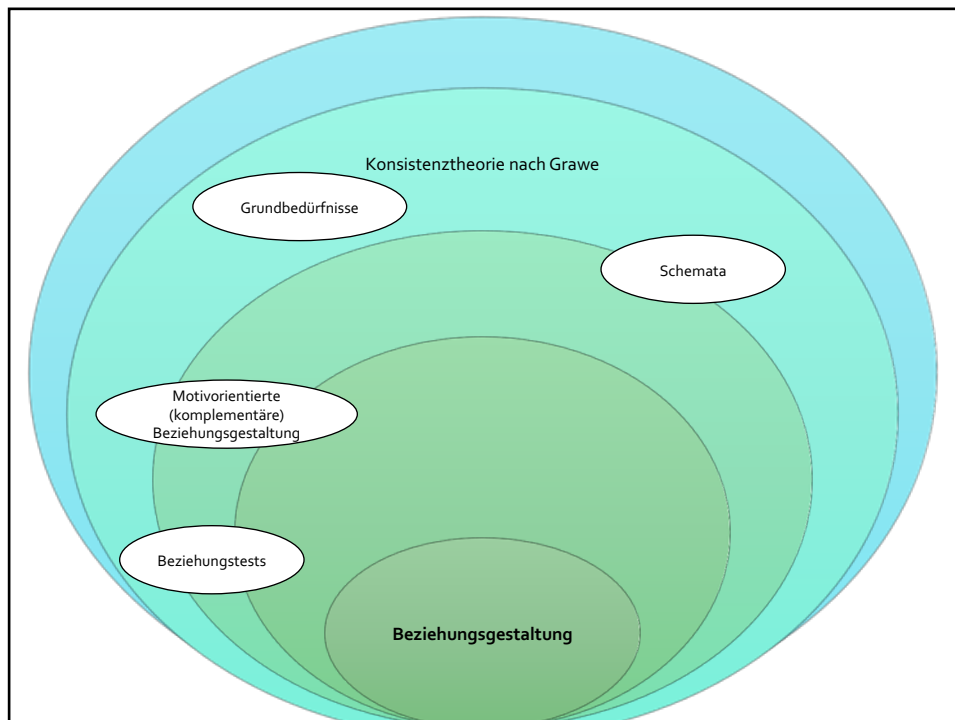
6

Grundlagen der therapeutischen Beziehung Emotionsbezogene Psychotherapie, Lammers

» In Therapie kommen ist schwierig, viele Grundbedürfnisse sind verletzt. Sich verstanden und angenommen fühlen deshalb um so wichtiger:

- Empathie
- Validierung
- Empathische Konfrontation
- Modellfunktion
- Reparenting
- Aktivierung in Bezug auf den Therapeuten, Interaktion

7



8

Bedürfnis nach Bindung		Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle	
Do's	Dont's	Do's	Dont's
Vermitteln, dass der Patient nicht allein, sondern dass der Therapeut sein Anwalt ist	Patienten allein lassen; zu spät zur Sitzung kommen, Termine vergessen	Therapiesitzungen so transparent wie möglich gestalten, alles genau erklären	Als Therapeut alles selber entscheiden
Betonen: dass man "gemeinsam" an Problemen arbeitet	Sich nicht mehr an wichtige Gegebenheiten des Patienten erinnern	Patienten in alle Schritte und Entscheidungen des Vorgehens explizit mit einbeziehen	Als Therapeut Therapieziele vorgeben
Vermitteln, dass Nöte und Anliegen des Patienten beim Therapeuten gut aufgehoben sind	Patienten das Gefühl geben, er sei einer von vielen	Verschiedene Wahlmöglichkeiten bieten und Patienten entscheiden lassen	Patienten zu etwas drängen
Verständnis und Wertschätzung ausdrücken	Kritisieren und abwerten	Immer die Bereitschaft des Patienten für Vorgehen und Techniken abklären	Eigeninitiative des Patienten abblocken
Nonverbal Zuwendung und Nähe ausdrücken: zugewandte Sitzhaltung, Arme nicht verschränken, Blickkontakt, Kopfnicken, lächeln	Nonverbal Distanz vermitteln: in Sessel versinken, sich zurücklehnen, Arme verschränken, wenig Blickkontakt, kaum Kopfnicken, kaum lächeln	Patienten spüren lassen, dass es um die Verwirklichung seiner Ziele geht	Patienten im Unklaren lassen, was gerade geschieht
Aktivzuhören	Nicht richtig zuhören, abgelenkt und ungeduldig sein	Auf Anregungen, Vorschläge und Initiativen des Patienten eingehen	Sich uneindeutig und missverständlich ausdrücken
Selbstoffenbarung	Auf persönliche Fragen des Patienten abwehrend reagieren	Dem Patienten zeigen, dass er positive Erfahrungen selber herbeiführen kann	Zu starke Problemaktivierung
		Vorgehen so gestalten, dass der Patient gut mitmachen kann und weder über- noch unterfordert ist	Patienten das Gefühl geben, ein Kontrollverlust in der Therapie wäre schlimm; Patienten über- oder unterfordern

Bedürfnis nach Wohlbefinden und angenehme Erfahrungen		Bedürfnis nach positivem Selbstwert	
Do's	Dont's	Do's	Dont's
Positive Gefühle erleben	Nur negative Gefühle erleben lassen	Sich für den Patienten interessieren	Wenig Interesse für den Patienten zeigen
Entspannen	Unter Druck setzen	Patienten ausführlich über Dinge berichten lassen, die er kann	Unbeeindruckt vom Patienten sein
Erfolg auskosten	Misserfolge analysieren	Dinge ansprechen, die positive Bedeutung für den Patienten haben	Das bisher Erreichte als wenig hilfreich darstellen
Gemeinsam lachen, freundliches Lächeln, entspannte Mimik	Gelangweilter Gesichtsausdruck, monotone Stimme, auf die Uhr schauen	Loben und Komplimente machen	Kritisieren und abwerten
Vorgehen abwechslungsreich gestalten	Stundengestaltung und Vorgehen immer gleich	Erfolge verstärken	Erfolge missachten
Einladende Gestaltung des Therapieraums	Unordentlich, ungepflegte Gestaltung des Therapieraumes	Therapeut als Coach, Supervisor	Rollengefälle betonen
Gepflegte Erscheinung des Therapeuten	Ungepflegte Erscheinung des Therapeuten	Gesunde Anteile betonen	Kranke Anteile in den Vordergrund
		Erfolge auf Patientenfähigkeiten attribuieren	Misserfolge auf Patientendefizite attribuieren

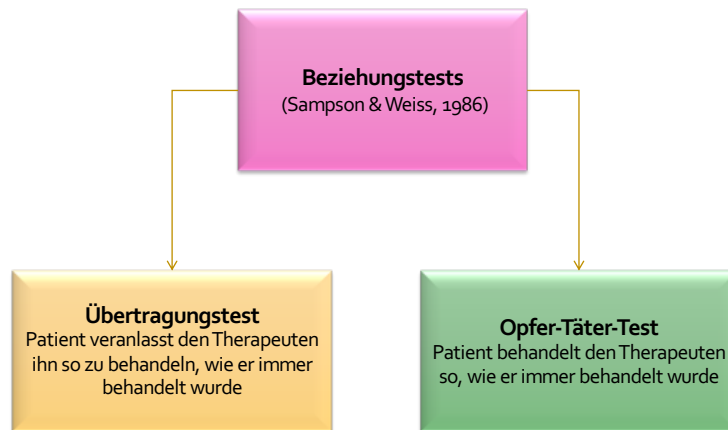
9

Beziehungstests

- » **Wunsch:** Der Patient wünscht sich, im Sinn seiner wichtigen Ziele vom Therapeuten angenommen zu werden.
- » **Befürchtung:** Der Patient testet seine Befürchtungen, um zu sehen, wie der Therapeut reagiert.
- » **Verhalten des Therapeuten:**
 - Im Sinn der Wünsche (Therapeut besteht den Test):
 - Entkräftung der Befürchtung
 - Korrektive Erfahrung
 - Stärkung der emotionalen Bindung.
 - Im Sinn der Befürchtungen (Therapeut fällt durch beim Test):
 - Bestätigung der Befürchtungen
 - Beziehungsproblem (alliance rupture), Abbruch
- » Ziel: Ermöglichung einer korrektiven Erfahrung im Sinne des Wunsches (nicht der Befürchtung). Mit der Zeit: Metakommunikation über das Testverhalten.

10

Beziehungstests aus psychodynamischer Perspektive



11

Motivorientierte Beziehungsgestaltung

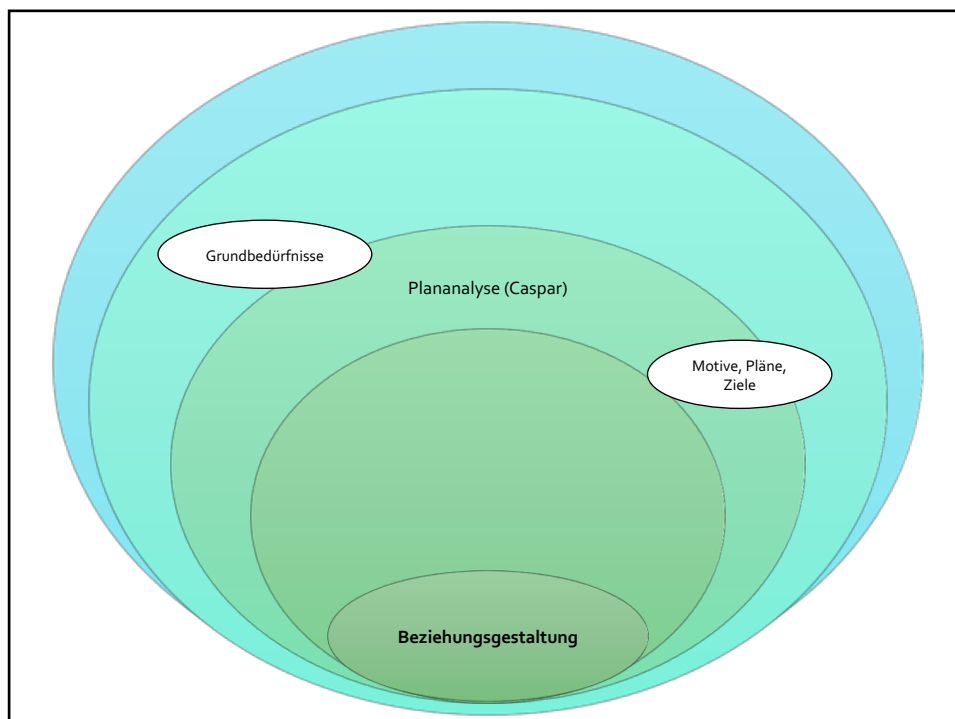
- » Je weniger Ressourcen eine Person hat, desto rigider werden ihre Pläne, desto schlechter kann sie sich an Situationen und Umstände anpassen, desto weniger positive und bedürfnisbefriedigende Erfahrungen wird sie machen.
- » Dies kann zur Strategie „mehr desselben“ führen.
- » Jedes noch so dysfunktionale Verhalten kann in der Regel auf ein verstehbares Motiv zurück geführt werden, welches in der Planstruktur übergeordnet ist.
 - **8-tung: Keine Emotion ist so schrecklich, dass sie nicht dazu dienen könnte, eine noch mehr gefürchtete in Schach zu halten.**
(Beispiel Narzissmus: Aggression anstatt Selbstwertverletzung)
- » Durch die **Sättigung der Bedürfnisse** des Patienten (anstatt inhaltliche Reaktion auf das Problemverhalten) können dysfunktionale Strategien (mit der Zeit) abgebaut werden.
- » Ein **Ebenenwechsel** hilft, um von der (dysfunktionalen) inhaltlichen Verhaltensebene auf eine akzeptable Motivebene zu wechseln.

12

Motivorientierte Beziehung

- Motivorientiertes Beziehungsangebot ist kein „Trick“, es beruht auf gutem Verständnis **und Validierung der Patientenbedürfnisse**.
- Prinzip: Je höher das Motiv in der Planstruktur liegt, das dem Problemverhalten zugrunde liegt, desto „akzeptabler“ wird es. Diese Sicht nützt auch der Psychohygiene des Therapeuten.
- **Kontrollfrage:** Bin ich schon so hoch, dass ich als Therapeut damit leben kann?
- Prinzip: Bedürfnisse des Patienten befriedigen, dann fehlt dem Problemverhalten die motivationale Basis.
- Wenn der Patient sich gut aufgehoben fühlt, kann er mehr zulassen.
- **Energiesparend:** Der Aufwand des Therapeuten ist nicht grösser; je besser Angebot stimmt, desto weniger braucht es davon.

13



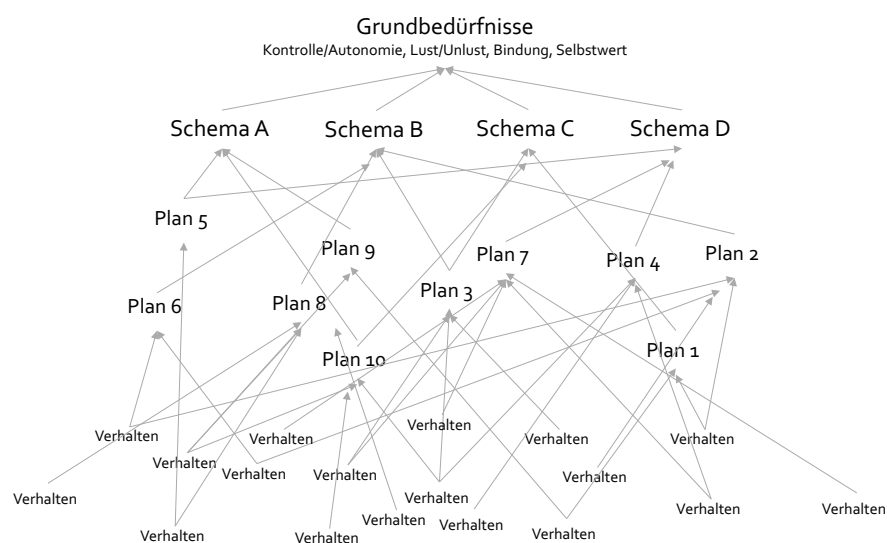
14

Planbegriff

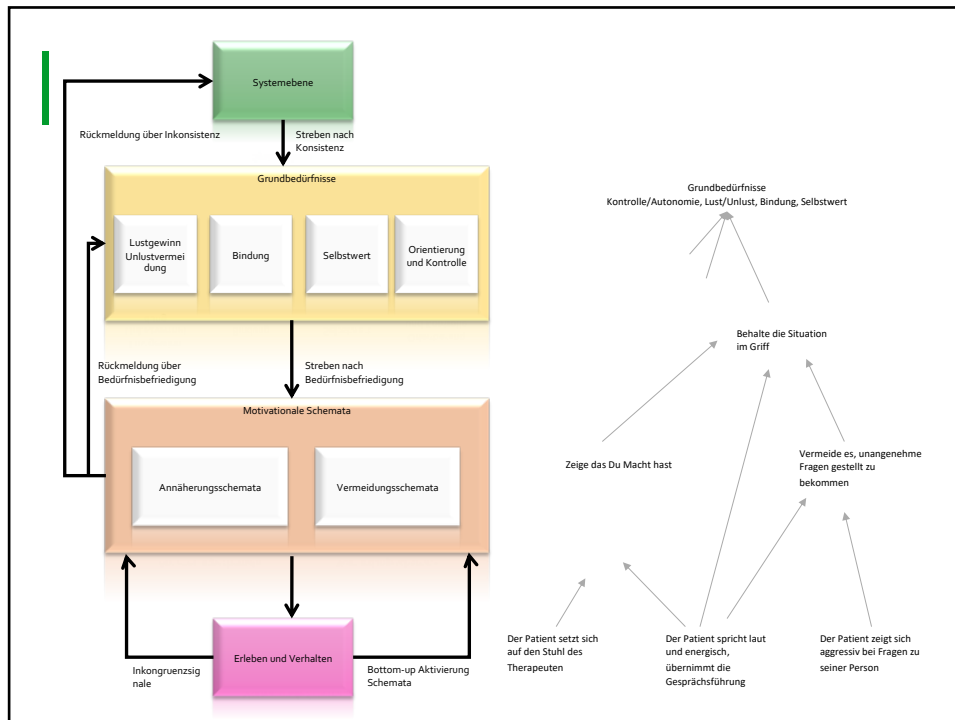
- » **Hinter dem Verhalten steht ein Motiv;** Absicht; Intention
 - das Verhalten zielt auf etwas hin
 - Kann eine instrumentelle Funktion haben
 - Beinhaltet Mittel und Zweck
- » **Pläne und Ziele**
 - sind **nicht notwendigerweise bewusst**
 - sind **nicht unbedingt rational**
 - haben einen subjektiven und objektiven Nutzen
 - dienen letztlich der Befriedigung der Grundbedürfnisse
- » Konstruktivistische Sichtweise
 - der **Therapeut konstruiert sich ein Modell** des Patienten
 - Erschliessen von Motiven aufgrund der Individuums-Umwelt-Interaktion

15

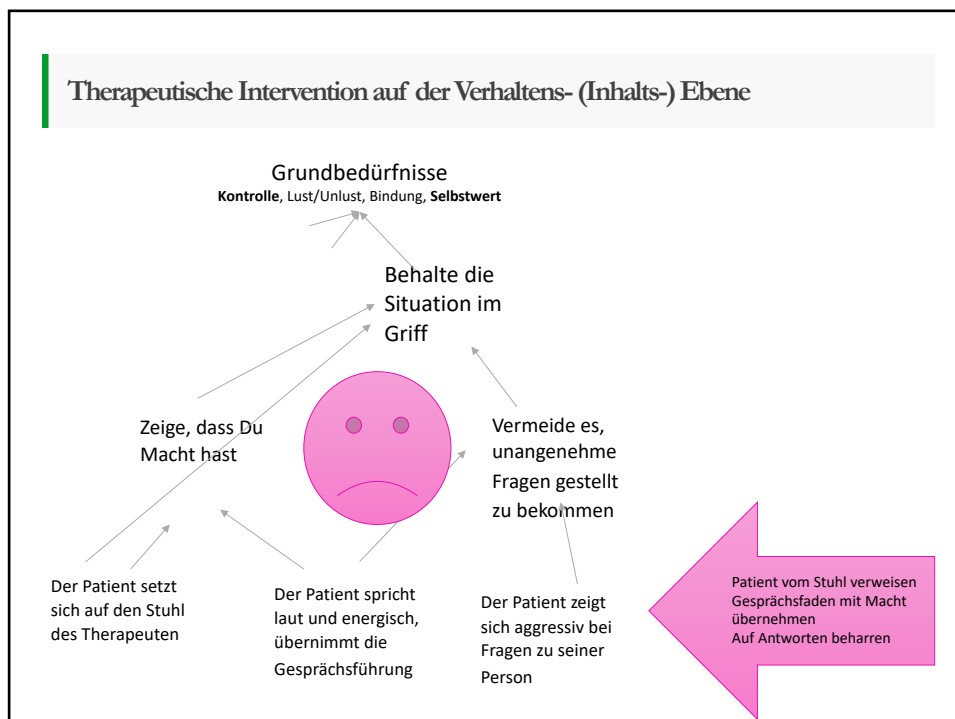
Plananalyse: (vertikale Verhaltensanalyse) vom Verhalten zu den Grundbedürfnissen



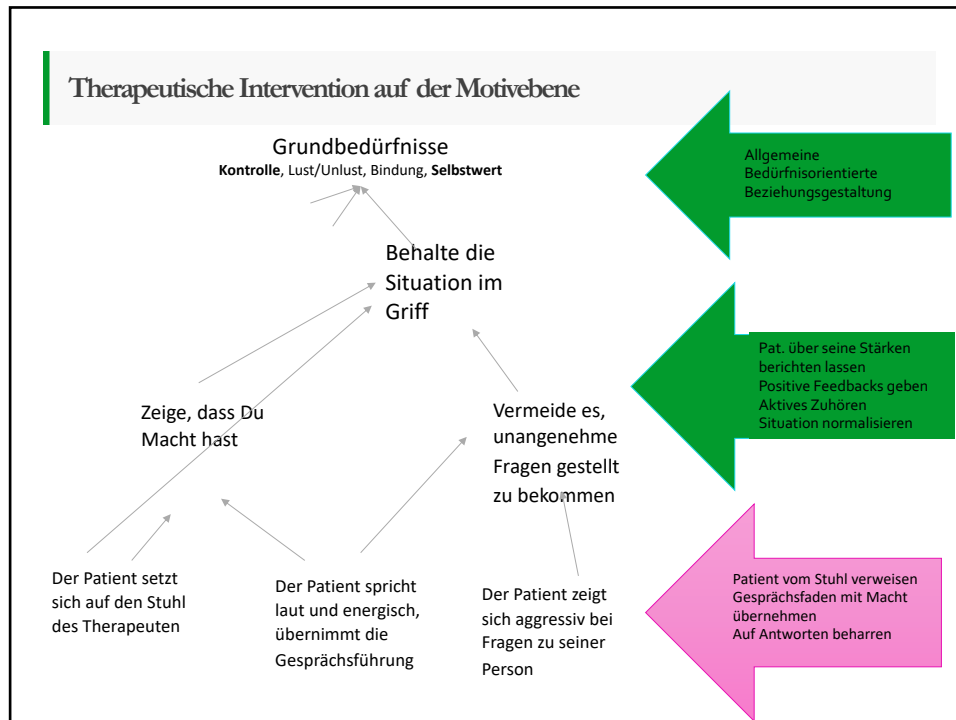
16



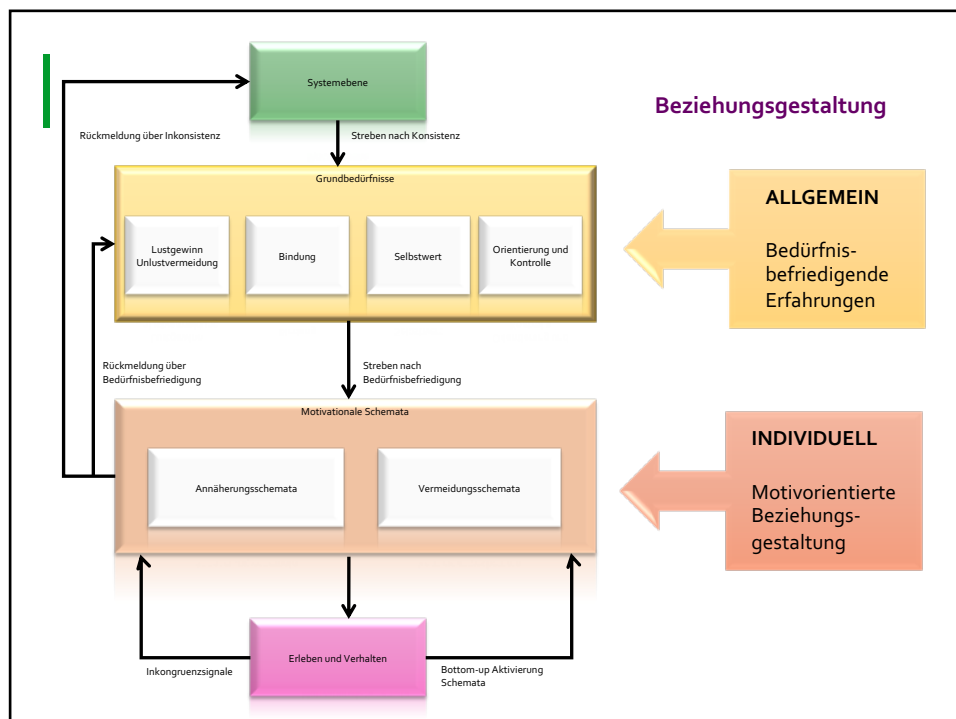
17



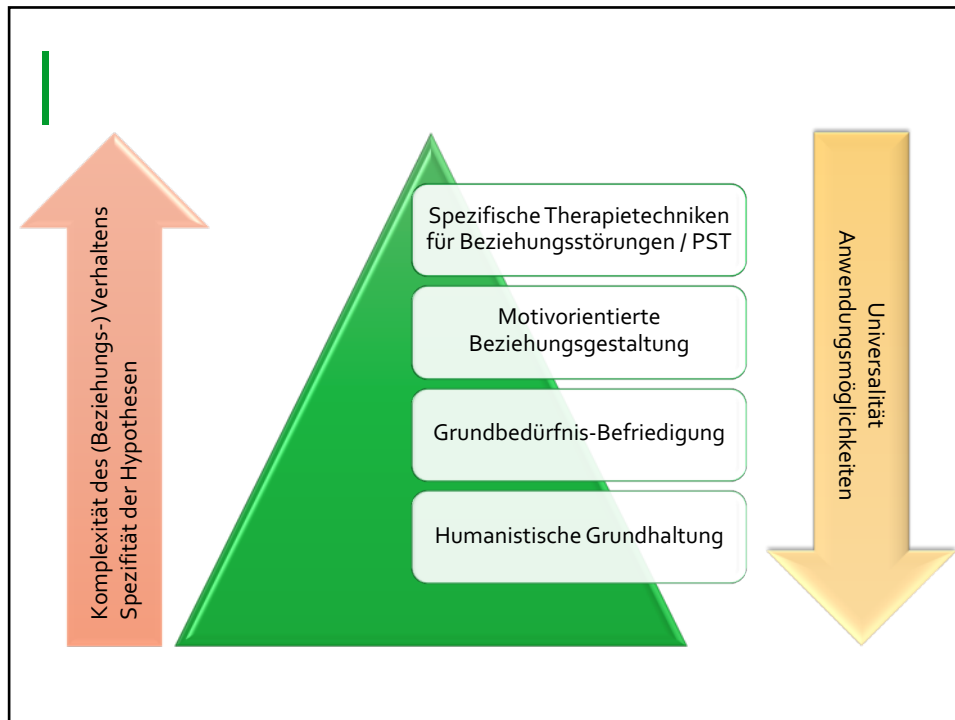
18



19



20

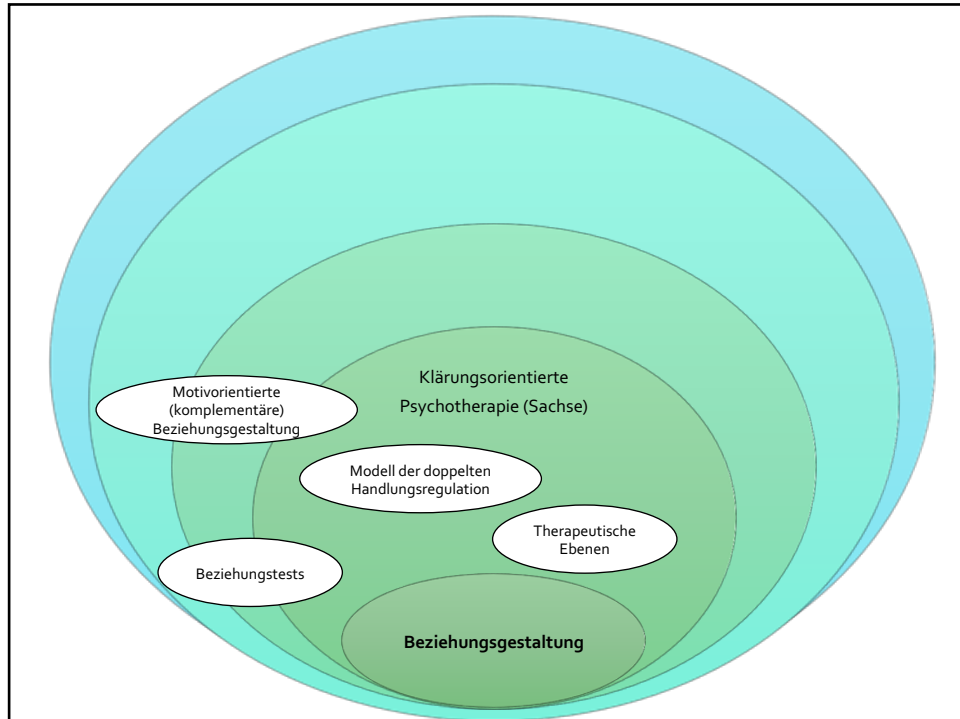


21

Fallkonzeption und motivorientierte Beziehungsgestaltung

- » Schwieriges (Interaktions-) Verhalten gründet oftmals auf akzeptablen Motiven.
- » Das in der Fallkonzeption erarbeitete Fallverständnis ermöglicht es, ein individuelles, passgenaues Therapieangebot zu kreieren.
- » Durch die Sättigung der zugrunde liegenden Bedürfnisse können korrektive Erfahrungen gemacht und schwieriges Verhalten abgebaut werden.

22



23



24

Ein wichtiges Prinzip bei schwierigen Patienten: Die Ebenen im Therapieprozess (nach Sachse)

Drei Perspektiven, unter welchen der therapeutische Prozess betrachtet werden kann:

- **Inhalt:** worüber wird geredet, was ist das Thema?
- **Bearbeitung:** Wie geht der Patient mit sich und seinen Problemen um? (Hilfreiche oder problematische Strategien?)
- **Beziehung:** Was passiert zwischen dem Patienten und der Therapeutin? (problematisches Beziehungsverhalten?)

25

Die Inhaltsebene

Viele Therapieprogramme und Strategien beziehen sich auf die Inhaltsebene:

- » Worüber wird geredet?
- » Welche Probleme hat der Patient?
- » Wie sieht (konstruiert) der Patient seine Realität?
- » Was möchte er in welcher Richtung verändern (Ziele)?
- » Inhaltsebene: Kommunikation über Probleme, Ziele, Ressourcen, Selbstkonzepte, Motive u.ä.
- » Strategien und Methoden, die sich mit den durch den Patienten thematisierten Inhalten befassen (z.B. Reizkonfrontation, Training sozialer Kompetenz, Focusing, sokratischer Dialog)

26

Die Bearbeitungsebene

Die Bearbeitung, die ein Klient realisiert, kann sich auf jeden beliebigen Inhalt beziehen. Die Bearbeitungs- und Inhaltsebene sind damit unabhängig voneinander.

- Wie geht der Patient mit seinen Inhalten, seinen Problemen um?
 - nimmt er eine internale oder externale Perspektive ein?
 - Nimmt er eigene Gefühle als Informationsquelle ernst?
 - Aktiviert der Klient eigene Schemata oder verhindert er Schema-Aktivierung?
- Ist der Problemumgang des Patienten konstruktiv? Kann man ihn als Ressource nutzen?
- Ist der Problemumgang dysfunktional? Trägt sein Umgang zur Problemstabilisierung bei? z.B.
 - vermeidet er Konfrontation mit bestimmten Inhalten?
 - Verschlimmert der Umgang das Problem sogar?

27

Die Bearbeitungsebene



Ist das Hauptproblem des Pat. ein Bearbeitungsproblem, wird die Bearbeitungsebene zur vorrangigen therapeutischen Ebene.

28

Beispiele für ungünstige Bearbeitung

- » Bagatellisierung und Relativierung
- » Normalisierung und Generalisierung
- » Thematische Sperren
- » Nebenschauplatz
- » „ich weiss nicht“
- » Antworten auf nicht gestellte Fragen
- » Zwangsläufigkeit
- » Unlösbarkeitskonstruktionen

29

Die Beziehungsebene

- » Wie gestaltet der Therapeut die therapeutische Beziehung?
- » Wie gestaltet der Patient die therapeutische Beziehung?
- » Besteht eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten?
- » Therapeutische Allianz:
 - beim Therapeuten: Empathie, Akzeptierung und Echtheit? Kompetenz? Vermittlung von Hoffnung und Erfolgserwartung.
 - beim Patienten: Weist der Patient dem Therapeuten gegenüber Vertrauen auf? Schätzt der Patient den Therapeuten als kompetent ein? Nimmt der Patient die Patienten-Rolle ein?
- » Zeigt der Patient problematisches Interaktionsverhalten (interaktionelle Spiele)?
 - Patienten mit einer Beziehungs- (Persönlichkeits-) Störung haben in ihrer Biographie bestimmte Interaktions-Strategien gelernt (Schemata), welche sie nun in die therapeutische Beziehung einbringen.
- » Entstehen zwischen Therapeut und Patient problematische Interaktionsmuster?

30

Die Beziehungsebene



Liegt das Hauptproblem des Patienten in seiner Interaktion, wird die Beziehungsebene zur vorrangig therapeutischen Ebene
(motivorientierte komplementäre Beziehungsgestaltung)

31

Vergleich der drei Ebenen

Inhalt	Bearbeitung	Beziehung
Arbeitsauftrag	Bagatellisierung	Images z.B. ‚ich bin schwach und hilflos‘ oder ‚ich bin kompetent und komme mit allem klar‘
Fragestellung	Relativierung	Appelle implizit: z.B. ‚ich brauche dringend Unterstützung‘ ; explizit: ‚ich brauche dringend einen Rat von Ihnen‘ oder ‚wenn Sie mir nicht helfen, bin ich verloren‘
Perspektive	Normalisierung	Rolle Einnahme der Patienten-Rolle; Einschätzung der Therapeuten- Rolle
Explizierung	Generalisierung	
Konkretheit	Thematische Sperren	
Stringenz	Nebenschauplatz	
Zentralität	‚ich weiss nicht‘	
Attribution	Antworten auf nichtgestellte Fragen	
	Realitätskonstruktionen	
	Zwangsläufigkeit	
	Unlösbarkeit	

32

Ebenen-Fehler in der Therapie

- » Interventionen auf der Inhaltsebene, wenn der Patient massive Bearbeitungsprobleme hat -> Aneinandervorbeireden, kein Fortschritt (Bsp.: Psychosomatik, Somatisierungsstörungen).
- » Interventionen auf der Inhaltsebene, wenn der Patient massive Probleme auf der Interaktionsebene (Beziehungsebene) hat -> Interpersonale Konflikte, (Bsp.: Persönlichkeitsstörungen).
- » Bestimmte Therapierichtungen tendieren zur Bevorzugung einer bestimmten Ebene und damit sind ‚Ebenen-Fehler‘ wahrscheinlich:
 - PA: Beziehungsebene (Übertragungs-/Gegenübertragungsanalyse), auch wenn keine Interaktionsstörung vorliegt.
 - Klass. VT: Inhaltsebene, lösungsorientiert, auch bei Komorbidität und/oder Persönlichkeitsstörungen.

33

Arbeit auf verschiedenen Ebenen

- » Ziel im Prinzip immer: Arbeit auf Inhaltsebene.
- » Liegt ein Bearbeitungsproblem vor: EXPLIZIERUNG & Klärung der problematischen Bearbeitungsstrategie (z.B. Vermeiden von Gefühlen) und damit verbundenen Traumatisierungen (schmerzhafte Erfahrungen).
- » Liegt ein Beziehungsproblem vor: EXPLIZIERUNG & Klärung von wichtigen Beziehungsschemata und damit verbundenen Traumatisierungen (schmerzhafte Erfahrungen).

34

Beziehungsgestaltung bei Persönlichkeitsstörungen



35

Die Schwierigkeit mit der Therapiebeziehung bei PST

- » Persönlichkeitsstörungen sind Beziehungsstörungen.
- » Der erste Kontakt mit dem Therapeuten, die Beziehungsaufnahme an sich ist bereits eine Problemaktualisierung!
- » Es gibt keine „neutrale Zone“ zum Kennenlernen und Aufwärmen.
- » Therapeut wird im Sinne der Störung (Spielebene) für die Ziele des Patienten instrumentalisiert.
 - Keine neutrale Distanz
 - Teil des Problems
 - Funktionalisierter Interaktionspartner (Rollengleichheit, Rollendominanz...)
- » Die Risiken für Tests und Therapie-Abbrüche sind hoch.

36

Die Schwierigkeit mit der Therapiebeziehung bei PST



Die Beziehungsgestaltung wird zum wichtigsten Eintrittsticket für die Behandlung von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen!

37

Die Schwierigkeit mit der Therapiebeziehung bei Persönlichkeitsstörungen



Der Therapeut muss schnell sein im Erkennen von Beziehungsstörungen, Bilden von Hypothesen und Anbieten von Beziehungsalternativen!

38

Persönlichkeitsstörungen sind Beziehungsstörungen!

Persönlichkeitsstörungen entwickeln sich aus einem komplexen Zusammenspiel von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren. Sie entstehen in der Kindheit und Jugend und sind eine **Anpassung** des Kindes an eine **problematische**, ungesunde **Umgebungssituation** meistens in der Familie. Somit ist diese Verhaltensanpassung (**Entwicklung dysfunktionaler Schemata**) zunächst ein **Lösungsversuch** des Kindes, in der ungesunden Umgebung zu **überleben** und mit den kindlichen (Grund-)Bedürfnissen, die nicht befriedigt, sondern ständig frustriert werden, zurecht zu kommen.

Schemata sind äußerst stabile und durchgängige Eigenheiten des Denkens und Fühlens eines Menschen, die sich früh im Leben entwickeln und über ein Leben lang erweitert werden. Frühe **dysfunktionale Schemata** beinhalten **Überzeugungen**, die zu dem Zeitpunkt ihrer Entstehung **möglicherweise richtig** waren.

Nachdem der Betroffene seine Ursprungsfamilie verlässt und in die Welt hinausgeht (Schule, Ausbildung, Arbeit, eigene Familie) **passen die bisher bewährten Reaktionsmuster nicht mehr zur neuen Umgebung**, die sich meist deutlich von der Ursprungsfamilie unterscheidet. Dadurch entstehen Probleme in Beziehungen zu anderen Menschen. **Der Betroffene beginnt unter dem Verhalten der neuen Umgebung zu leiden oder die Umgebung leidet unter dem Verhalten des Betroffenen.**

Zur Bewältigung schmerzhafter Erlebnisse und Gefühle entwickeln die Betroffenen unterschiedliche **Verhaltensweisen**, welche sie **vor weiteren Verletzungen schützen** sollen. Diese Verhaltensweisen sind stereotyp, unflexibel und nicht angepasst an die Bedürfnisse der Bezugspersonen. Dies **führt im zwischenmenschlichen Bereich zu erheblichen Irritationen** und löst negative Reaktionen aus, welche die Betroffenen an frühe Beziehungserfahrungen erinnern und so das fehlangepasste Verhalten noch weiter verstärken. Es entsteht ein **Teufelskreis**.

Das Verhalten der Betroffenen wird damit einerseits als eine aus der individuellen Lerngeschichte **nachvollziehbare** und **subjektiv sinnvolle**, im weiteren Lebenslauf **aber untaugliche Anpassungs- und Überlebensstrategie** zum **Schutz vor zwischenmenschlichen Verletzungen** aufgefasst.

39

Das Vorgehen in der Therapie bei Persönlichkeitsstörungen I

- » Persönlichkeitsstörungen führen zu **intransparenten Handlungsplänen**.
- » Das Verhalten ist den Patienten in der Regel nicht bewusst (implizit) und wird nicht als störungsrelevant betrachtet. Die Patienten besitzen eine **Stabilisierungsmotivation**, aber zu Beginn **keine Veränderungsmotivation**. Eine Verhaltensveränderung wird auf Grund der erfahrenen Verletzungen als zu gefährlich eingestuft. Entsprechend besteht seitens des Patienten **kein Störungsverständnis**.
- » Ein rein inhaltliches Vorgehen (horizontale Verhaltensanalyse) auf der Verhaltensebene ist meist nicht zielführend, sondern verstärkt eher das problematische Verhalten.

40

Das Vorgehen in der Therapie bei Persönlichkeitsstörungen II

- » Es benötigt **deshalb zu Beginn einen intensiven, motivorientierten Beziehungsaufbau** mit Erarbeitung eines **Beziehungskredits**.
- » Die Konzentration auf die in der Hierarchie dahinter stehenden Motive (vertikale Analyse, **Plananalyse**) hilft, die zu Grunde liegenden Bedürfnisse zu finden und darauf motivorientiert zu reagieren.
- » Dies erlaubt **im Verlauf die Entwicklung eines Störungsverständnisses** mit der anschliessenden Frage der Therapiemotivation für eine Veränderung.
- » Erst dann kann mit Hilfe von empathischer Konfrontation, klärungsorientierten Therapietechniken und Verhaltensexperimenten am Problem gearbeitet werden.

41

Therapiephasen bei Persönlichkeitsstörungen

Sachse

- » Phase 1: komplementäre Beziehungsgestaltung!!!
- » Phase 2: Entwicklung eines Arbeitsauftrages
- » Phase 3: Klärung
- » Phase 4: Bearbeitung von Schemata
- » Phase 5: Transfer

42

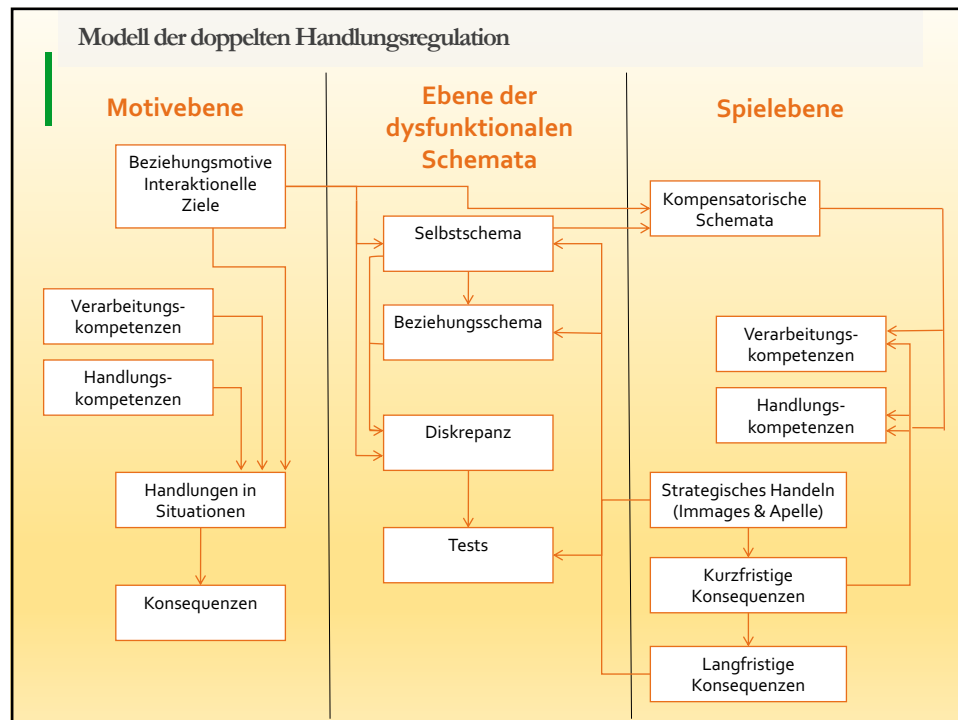
Modelle & Diagnostik PST



- » Modell der doppelten Handlungsregulation (Sachse)
- » Egostates
- » ICD-10 / ICD-11

43

Modell der doppelten Handlungsregulation



44

Das Implizite

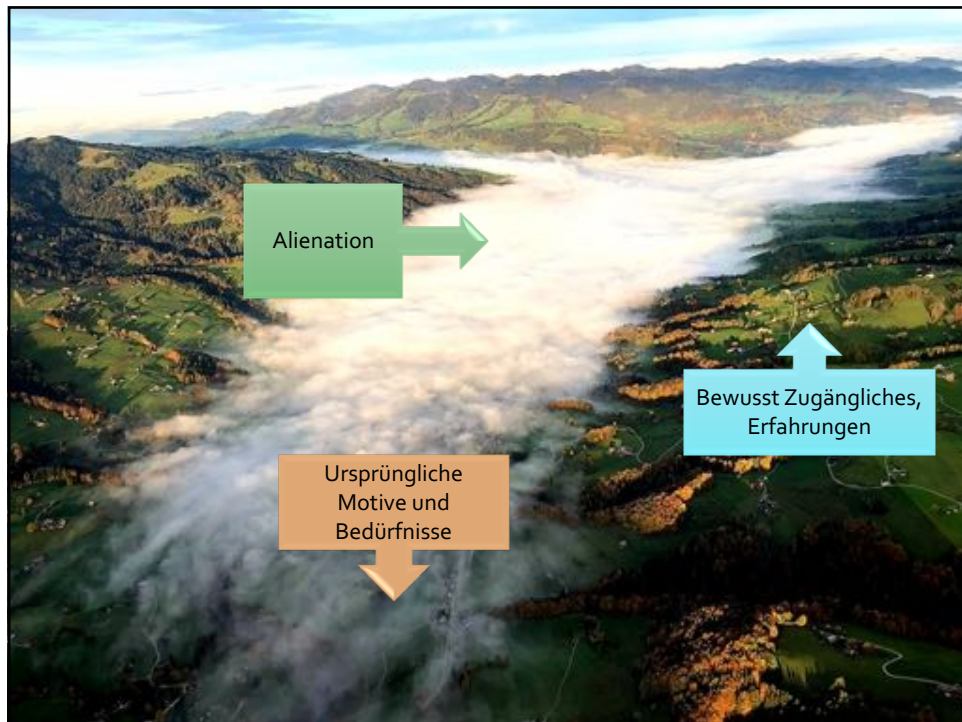
- » Implizites Verhalten
 - Bottom-up Schema-Aktivierung
 - die Motive des ausagierten Schemas liegen „im Nebel“
- » Persönlichkeitsstörung / Bindungsstörung
 - Das gezeigte Verhalten und die eigentlichen Motive sind entfremdet (Alienation); stimmen nicht überein
 - Modell der doppelten Handlungsregulation:
 - Motivebene
 - Spielebene (Image, Appelle)

45

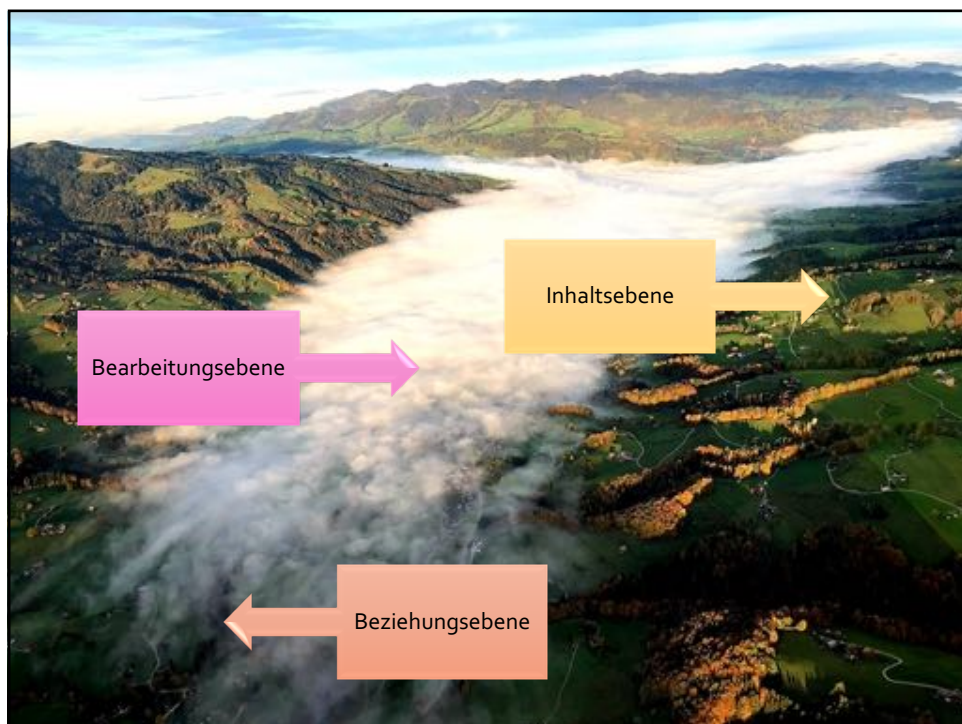
Alienation

- » Klienten können oft ihre Motive, Ziele, Wünsche nicht repräsentieren und leben damit an diesen vorbei, wobei sie eine Alienation; eine **Entfremdung vom eigenen Motivsystem** erzeugen.
- » Das gezeigte (manipulative) Verhalten (Spielebene) und die eigentlichen Motive (Motivebene) sind entfremdet (Alienation) und stimmen somit nicht überein.
- » Das Verhalten ist auf der Spielebene geprägt von Images und Apellen.
- » Durch die daraus entstehende mangelnde Grundbedürfnisbefriedigung erwächst massive Unzufriedenheit (Inkongruenz) und bietet Nährboden zur Entwicklung von Symptomen.

46



47



48

Schematherapie (Young)

Schemamodell

(ähnliche Definition von Schemata wie bei Klaus Grawe, aber abweichende Definition der Grundbedürfnisse)

In der Biographie entstandene überdauernde Muster zur Bedürfnisbefriedigung. Glaubenssätze mit zusammenhängenden Gefühlen, Wahrnehmungen, Erinnerungen.

Modusmodell

» Kindlicher Modus

- Verletzbarkeit
 - Einsames Kind
 - Verlassenes oder missbrauchtes Kind
- Ärger
 - Ärgerliches Kind
 - Wütendes Kind
- Mangel an Disziplin
 - Impulsives Kind
 - Undiszipliniertes Kind
- Glück
 - Glückliches Kind

» Dysfunktionaler Elternmodus

- Strafender Elternteil
- Fordernder Elternteil

» Maladaptive (dysfunktionale) Bewältigungsmodus

- Erdulden
 - Ergebener Mitmacher
- Vermeiden
 - Distanzierter Beschützer
 - Distanzierender Selbstberuhiger
 - Ärgerlicher Beschützer
- Überkompensation
 - Angeber
 - Kontrolleur
 - Schikanierer und Angreifer

» Modus des gesunden Erwachsenen

49

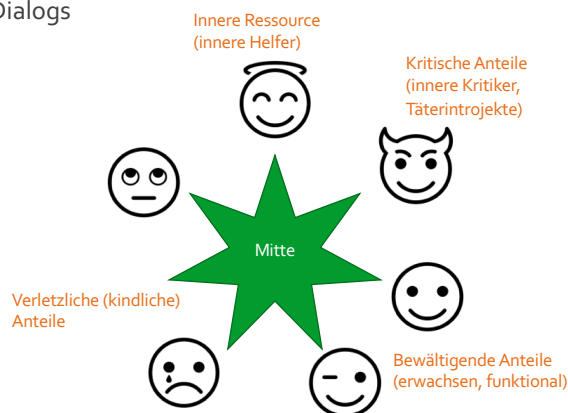
Ego-States: Arbeit mit Anteilen

www.egostates.ch

- » Ressourcenaktivierung zu Beginn
- » Darstellung der verschiedenen Anteile eines Schemas in Form von Symbolen
- » Distanzierung
- » Ermöglichung eines inneren Dialogs
- » Regulation erleben

Die **Anteile** entstehen in der Biographie, tragen Erfahrungen aus dieser Lebensphase. (Orchester)

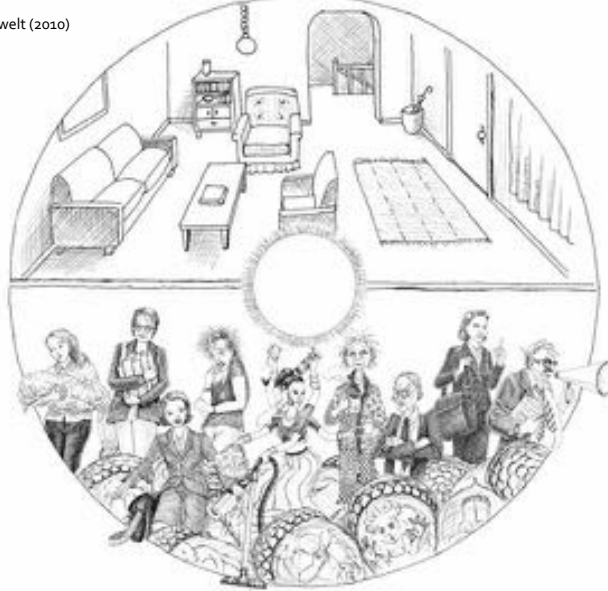
Die **Mitte** reguliert und steuert die Anteile, bildet die Ich-Struktur (das Ganze ist mehr als seine Teile)



50

Ego-States: Es gibt da einen Teil in mir...

Reisen in die Innenwelt (2010)



51



52



53



54



55



56

ICD-10

Allgemeine Kriterien

- » Früh entstandene, tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster
- » Starre Reaktion auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen
- » Abweichung im Wahrnehmen, Denken, fühlen und Beziehungen zu anderen
- » Stabil, auf vielfältige Bereiche des Verhaltens und psychologischer Funktionen
- » Ausmass an persönlichem Leiden und gestörter sozialer Funktionsfähigkeit

Spezifische Persönlichkeitsstörungen

- » Paranoide Persönlichkeitsstörung
- » Schizoide Persönlichkeitsstörung
- » Dissoziale Persönlichkeitsstörung
- » Emotional instabile Persönlichkeitsstörung
- » Histrionische Persönlichkeitsstörung
- » Anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung
- » Ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung
- » Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung
- » Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörung (narzisstisch, unreif...)
- » n.n.b. Persönlichkeitsstörung

Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen

Andauernde Persönlichkeitsänderung

57

ICD-11

- » 1) Erhebung der allgemeinen diagnostischen Kriterien (ja/nein)
- » 2) Erhebung des Schweregrades (Schwere der Auswirkungen auf das Leben)
- » 3) Erhebung der klinisch relevanten Persönlichkeitsmerkmale (Dimensionen)

58

ICD-11

» 1) Erhebung der allgemeinen diagnostischen Kriterien (ja/nein)

- Überdauerndes Abweichen von (gesellschaftlich erwartetem) Verhalten
- Seit Jugend / frühem Erwachsenenalter
- Starr, unflexibel
- Generiert Leiden

59

ICD-11

» 2) Erhebung des Schweregrades (Schwere der Auswirkungen auf das Leben)

- Selbstbild
- Beziehungsqualität
- Verhalten, Emotionen, Gedanken
- Auswirkungen im privaten und beruflichen Kontext
- Schaden für sich und/oder Andere

60

ICD-11

- » 3) Erhebung der klinisch relevanten Persönlichkeitsmerkmale
- **Negative Affektivität**
 - Negative Grundhaltung, Pessimismus, mangelnde Emotionsregulation, kaum Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, starke Ängste
 - (dependent, paranoid)
 - **Bindungsschwäche (Distanziertheit)**
 - Distanziertheit, Fehlen von sozialen Kontakten, Schwierigkeiten beim Ausdruck von Gefühlen, emotionale Distanz
 - (schizoid, vermeidend-unsicher)
 - **Dissozialität**
 - Missachtung der Rechte und Gefühle von Mitmenschen (einschliesslich extreme Selbstüberzeugtheit), Empathiemangel, Aggressivität
 - (dissozial, narzisstisch)
 - **Hemmungsschwäche (Enthemmung)**
 - Voreilige Reaktion auf innerliche und äusserliche Vorgänge, Impulsivität, Ablenkbarkeit, Unzuverlässigkeit
 - (schizotyp, histrionisch)
 - **Zwanghaftigkeit**
 - Einengung auf starre, perfektionistische Standards, Kontrolle des eigenen Verhaltens, Kontrolle der Mitmenschen, Detailversessenheit
 - (zwanghaft, dependent)
 - **Borderline-Muster (optional)**
 - Instabilität von zwischenmenschlichen Beziehungen, extreme Impulsivität, unüberlegte Handlungen, Selbstverletzung, Zustände der Dissoziation (Ansprechbarkeit verringert, keine Interaktion möglich)
 - (Borderline)

61



Arbeitsmodell zur
Beziehungsgestaltung bei
Menschen mit
Persönlichkeitsstörungen

62

Störung	Motive	Zentrale Schemata	Spielebene
Histrionisch	Wichtigkeit Solidarität Verlässlichkeit	ich bin nicht wichtig. Bez. sind nicht solidarisch Bez. sind nicht verlässlich	Aufmerksamkeit, die Wichtigste sein, Einfordern, Verantwortung abgeben Image: ich bin arm dran. Ich bin sexy. Ich bin unterhaltsam... Apell: gib mir Aufmerksamkeit Kümmere Dich um mich.
Narzisstisch	Anerkennung Wichtigkeit Solidarität Autonomie	- Negatives Selbstkonzept: Ich bin nicht ok. Ich bin ein Versager. + Positives Selbstkonzept: ich habe aussergewöhnliche Fähigkeiten. Ich bin toll.	Anerkennung für Leistung, sei besser als andere, zeige wenig von Dir. Regel-Setzen Image: Ich bin toll! Ich habe Grosses geleistet (gegen Widerstände) Apell: Bewundere mich!!! Kritisiere mich nicht.
Dependent	Verlässlichkeit Solidarität	Bez. sind nicht verlässlich Bez. Sind nicht solidarisch. Ich bin alleine nicht lebensfähig.	Unentbehrlich sein, Streit vermeiden Image: ich bin schwach und hilfsbedürftig. Apell: Verlass mich nicht. Kümmere Dich um mich. Übernimm die Verantwortung.
Selbstunsicher	Anerkennung Wichtigkeit	Ich bin nicht attraktiv. Ich bin sozial inkompetent Ich habe nichts zu bieten.	Zurückhaltend, nicht auffallen So gut wie keine Images und Apelle
Paranoid	Grenzen Autonomie Solidarität Anerkennung	Meine Grenzen werden nicht respektiert. Andere schaden mir. Alle stellen sich gegen mich. Wenn ich nicht sofort hart reagiere, gehe ich unter.	Pass auf. Lass niemandem etwas durchgehen. Zeige keine Schwäche. Zeige, dass Du Dich wehren kannst. Image: Ich bin stark und gefährlich. Appell: Bleib mir vom Leib!
passiv-aggressiv	Grenzen Autonomie Anerkennung	Andere schränken meine Autonomie ein. Meine Grenzen werden nicht respektiert. Wenn ich mich wehre, wird es schlimmer.	Lass Dich nicht einschränken oder über Dich bestimmen. Wehre Dich nur offen, wenn es ungefährlich ist. Image: ich bin arm dran. Andere schaden mir. Ich werde behindert
Zwanghaft	Anerkennung Wichtigkeit Solidarität Autonomie	Ich bin nicht ok. Ich bin toxisch. In Bez. Wird man abgewertet, blossgestellt. In Bez. Wird man eingeschränkt.	Achte nicht auf Deine Bedürfnisse. Image: ich kenne mich aus. Ich bin moralisch. Apell: Halte Dich an meine Normen.

63

Motiv	Komplementäres Verhalten	Explizite Beziehungsbotschaft	„Delimitscher“ (Goodies)
Anerkennung	Nicht bewerten, akzeptieren und respektieren, nicht defizitär behandeln, Ressourcen anerkennen	Ich finde Sie und was Sie tun ok. Ich bewerte nichts. Sie müssen nichts tun oder leisten, ich mag Sie einfach so.	„Ein Mann / eine Frau wie Sie...“ „Ich möchte Sie unbedingt ernst nehmen, deshalb...“ „Ihnen mute ich es zu, dass..., vertraue auf Ihre Stärke“
Wichtigkeit	Wichtig und ernst nehmen, Interesse signalisieren (zugewandt, aufmerksam, nachfragen), Verständnis signalisieren	Ich nehme Sie ernst. Ich nehme Sie wichtig. Ich interessiere mich für Sie.	„Ach, ist das ein schöner Pullover, der passt perfekt zu...“ „Das letzte Mal haben Sie mir berichtet..., wie ist es heute?“ Blickkontakt!!!
Solidarität	Da sein (nicht genervt sein), wenn es der Klientin schlecht geht Keine Aufträge von Dritten annehmen.	Ich möchte Sie unterstützen. Ich bin für Sie da (wenn es Ihnen schlecht geht).	„Ich werde den Bericht selbstverständlich mit Ihnen vorbesprechen“. „Ich sehe, wie Sie leiden. Oh je“
Verlässlichkeit	Anrufen, wenn Termine ausfallen Aushalten (nicht ärgerlich sein), wenn die Klientin ärgerlich o.ä. ist	Ich werde Sie nicht wegschicken. Ich bleibe bei Ihnen.	„Es ist mir wichtig, Sie zu informieren, dass...“ „Ich sehe das Leid (primäre Emotion) hinter der Wut (sekundäre präsenzierte Emotion) „Ich bin sehr froh, dass Sie Ihren Unmut ausdrücken.“
Autonomie	Transparenz: Erklären was der Therapeut wann und warum tut. Keinen Druck ausüben Der Klientin nicht definieren Die Klientin bestimmen lassen Kontrolle geben Interventionen als Angebot formulieren	Ich möchte / werde nicht für Sie oder über Sie bestimmen. Ich möchte/ werde Sie nicht einschränken. Sie entscheiden, worum es geht und was Sie tun.	„Möchten Sie mit X oder Y beginnen?“ „Sie sind eine kompetente, erwachsene, autonome Frau / Mann, Sie entscheiden, was Sie möchten.“ Sie sind die Expertin, ich kann nur beraten“
Grenzen	Grenzen respektieren Nicht zu tiefgreifende Interventionen machen	Ihre Grenzen sind mir wichtig. Ich möchte / werde Ihre Grenzen nicht überschreiben. Sie dürfen jeder Zeit "Stopp" sagen und ich halte mich daran.	„Äpfel sollte man pflücken, wenn Sie reif sind. Den Zeitpunkt spüren Sie selbst am Besten“ „Wie haben Sie sich heute / nach der letzten Stunde gefühlt? Hatten Sie genügend Möglichkeiten, zu sagen, was Sie möchten und was nicht?“ Alltagsthemen einbauen

64

Arbeitsblatt Persönlichkeitsstörung	
Selbstschema (was denke ich über mich)	
Selbstbild nach Aussen (wie stelle ich mich dar)	
Beziehungsschemata & Beziehungsmotive (wie aktiviere ich mein Gegenüber in Interaktionen)	
Verhalten (Images, Appelle, Muster)	
Wichtige Annäherungsziele	
→do Verhalten TH	
Wichtige Vermeidungsziele	
→Don't Verhalten TH	
Mögliche Tests	
Wunsch	
Befürchtung	
Korrektives Verhalten	
Meine innere Haltung (Vorschläge)	
„Dolmetscher“-Sätze	

65



66

Grundbedürfnisse & Beziehungsgestaltung

- » Zu Beginn der Therapie sind die Grundbedürfnisse des Patienten meist stark verletzt.
- » Eine gute Beziehungsgestaltung nimmt Bezug zu den wichtigsten Zielen und Bedürfnissen des Patienten und versucht, diese zu befriedigen:
 - Bindung (nonverbale Kommunikation, Zuversicht, Engagement, Kompetenz...)
 - Orientierung und Kontrolle (Information, Transparenz, Mitbeteiligung des Patienten an Entscheidungen, klare Therapieziele...)
 - Selbstwert (Ressourcen thematisieren und prozessual aktivieren)
 - Lust/Unlustvermeidung (Auslösen positiver Emotionen, Humor, Entspannung...)

67

Die therapeutische Beziehung

- » Eine gute Beziehung hilft für eine gute Therapie.
- » Die allgemeine Aktivierung der Grundbedürfnisse des Patienten unterstützt den Beziehungsaufbau.
- » „Vorbeugen“: Um auf dysfunktionales Verhalten komplementär in der Beziehung reagieren zu können, brauchen wir Hypothesen über die zu Grunde liegenden Motive und Ziele des Patienten (Fallkonzeption).
- » „Entschärfen“: Motivorientierte (komplementäre) Beziehungsgestaltung hilft, schwierige Therapie-Situationen abzuschwächen.
- » Je verletztter ein Patient in seinem Beziehungs-Verhalten ist, desto wichtiger wird das therapeutische Beziehungs-Angebot (Persönlichkeitsstörungen).

68

Die Ebenen

In der Therapie kann auf verschiedenen Ebenen gearbeitet werden.

Im Prinzip ist die Arbeit auf der Inhaltsebene immer das Ziel.

Ist dies nicht möglich:

- » Liegt ein Bearbeitungsproblem vor: Klärung der problematischen Bearbeitungsstrategie (z.B. Vermeiden von Gefühlen) und damit verbundenen Traumatisierungen (schmerzhafte Erfahrungen).
- » Liegt ein Beziehungsproblem vor: Klärung von wichtigen Beziehungsschemata und damit verbundenen Traumatisierungen (schmerzhafte Erfahrungen).

69

Persönlichkeitsstörungen

- » Persönlichkeitsstörungen entstehen in der Kindheit in primären Beziehungen. Es entwickeln sich (dysfunktionale) Schemata als Anpassung an eine problematische Umgebungssituation im Sinne eines Lösungsversuch im Umgang mit verletzten und nicht befriedigten (Grund-) Bedürfnissen.
- » Frühe dysfunktionale Schemata beinhalten Überzeugungen, die zu dem Zeitpunkt ihrer Entstehung möglicherweise richtig waren.
- » Die früh erlernten dysfunktionalen Schemata erschweren/verunmöglichen bedürfnisbefriedigende Erfahrungen in der „normalen“ Welt. Es entstehen Beziehungsprobleme. Der Betroffene beginnt unter dem Verhalten der neuen Umgebung zu leiden oder die Umgebung leidet unter dem Verhalten des Betroffenen.
- » Die erlernten Schutzmechanismen sind stereotyp, unflexibel und nicht angepasst an die Bedürfnisse der Bezugspersonen. Die daraus entstehenden interaktionellen Probleme führen zu negativen Reaktionen, welche das dysfunktionale Verhalten aufrecht erhalten. Es entsteht ein Teufelskreis.
- » Das Verhalten der Betroffenen ist eine aus der individuellen Lerngeschichte nachvollziehbare und subjektiv sinnvolle, im weiteren Lebenslauf aber untaugliche Anpassungs- und Überlebensstrategie zum Schutz vor zwischenmenschlichen Verletzungen.

70

Das Vorgehen in der Therapie bei Persönlichkeitsstörungen

- » Persönlichkeitsstörungen führen zu intransparenten Handlungsplänen (Modell der doppelten Handlungsregulation).
- » Das Verhalten ist den Patienten in der Regel nicht bewusst (implizit) und wird nicht als störungsrelevant betrachtet. Eine Verhaltensveränderung wird auf Grund der erfahrenen Verletzungen als zu gefährlich eingestuft. Entsprechend besteht seitens des Patienten kein Störungsverständnis.
- » Ein rein inhaltliches Vorgehen (horizontale Verhaltensanalyse) auf der Verhaltensebene ist meist nicht zielführend, sondern verstärkt eher das problematische Verhalten.
- » Es benötigt deshalb zu Beginn einen intensiven, motivorientierten Beziehungsaufbau mit Erarbeitung eines Beziehungskredits.
- » Die Konzentration auf die in der Hierarchie dahinter stehenden Motive (vertikale Analyse, Plananalyse) hilft, die zu Grunde liegenden Bedürfnisse zu finden und darauf motivorientiert zu reagieren.
- » Dies erlaubt im Verlauf die Entwicklung eines Störungsverständnisses mit der anschliessenden Frage der Therapiemotivation für eine Veränderung.
- » Erst dann kann am Problem (Inhalt) gearbeitet werden.

71

Beziehungsgestaltung II

Vielen Dank!

👤 Alessandra Costa
✉ alessandra.costa@hin.ch
🌐 www.alessandracosta.ch



72

Literatur

- » Grawe, K. (1998). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- » Grosse Holtforth, M., Grawe, K. (2004). Inkongruenz und Fallkonzeption in der Psychologischen Therapie. Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis 36 (I): 9-21.
- » Itten, S., Trösken, A. (2004). Inkongruenz und Fallkonzeption in der Psychologischen Therapie. Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis: Ein Beispiel 36 (I): 23-40.
- » Flückiger, Ch., Wüsten, G. (2008). Ressourcenaktivierung. Ein Manual für die Praxis. Bern: Huber.
- » Frank, R. (Hrsg.) (2007). Therapieziel Wohlbefinden. Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie. Heidelberg: Springer.
- » Holmes, T. (2010). Reisen in die Innenwelt: Systemische Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen. München: Kösel Verlag.
- » Noyon, A., Heidenreich, T., (2009) Schwierige Situationen in Therapie und Beratung. Weinheim, Basel: Beltz.
- » Lammers, C-H. (2007). Emotionsbezogene Psychotherapie. Grundlagen, Strategien und Techniken. Stuttgart: Schattauer.
- » Sachse, R. (2003) Klärungsorientierte Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- » Sachse, R. (2004). Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für die Psychologische Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- » Stucki, Ch., Grawe, K.(†) (2007). Bedürfnis- und Motivorientierte Beziehungsgestaltung. Hinweise und Handlungsanweisungen für Therapeuten. Psychotherapeut: 52: 16-23.