



KLAUS-GRAWE-INSTITUT
FÜR PSYCHOLOGISCHE THERAPIE

Beziehungs- Gestaltung III

ALESSANDRA COSTA
ALESSANDRA.COSTA@HIN.CH

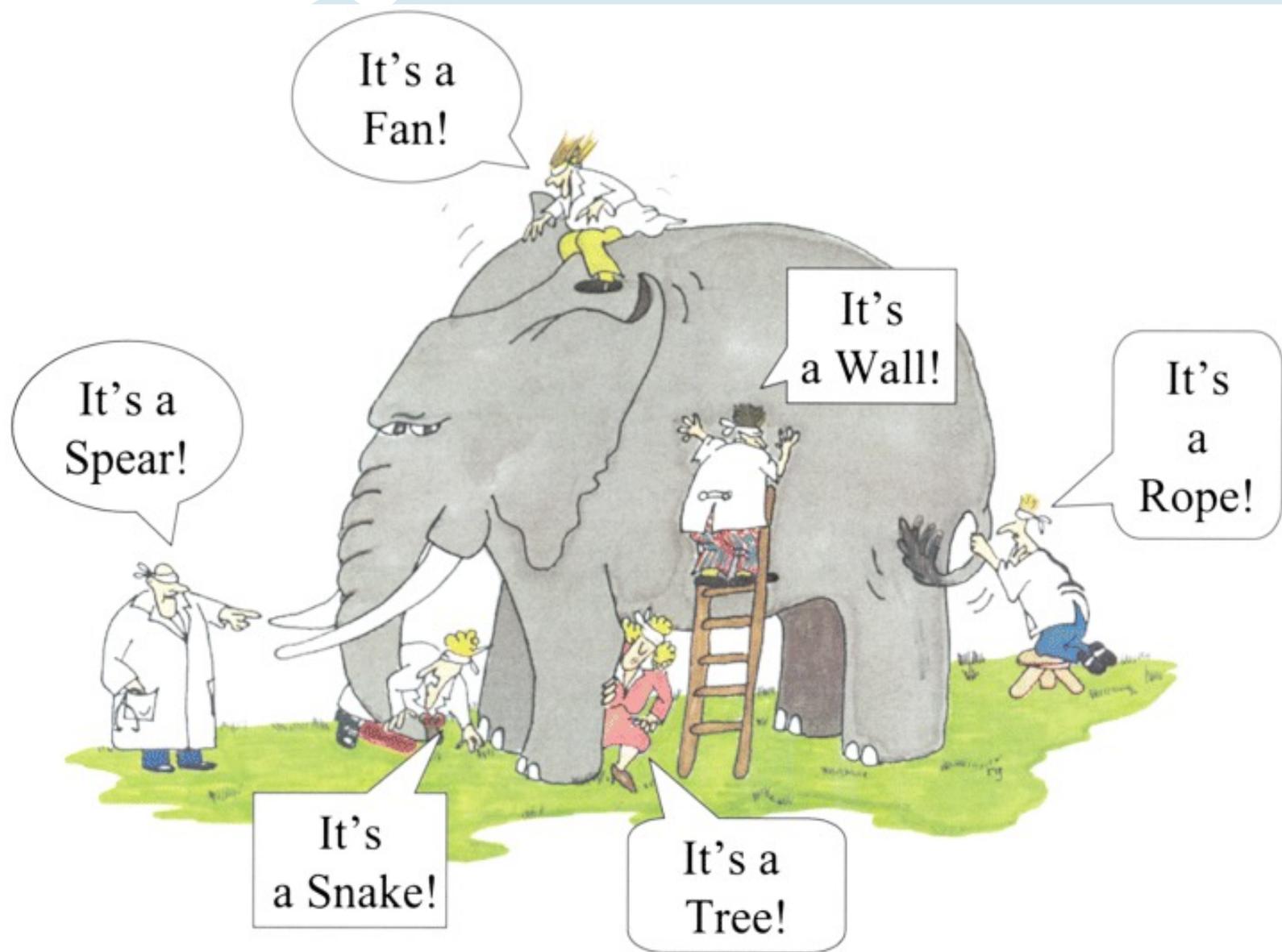
TOBIAS KRIEGER
TOBIAS.KRIEGER@PSY.UNIBE.CH

Übersicht & Ziele der Module

BG I: KONSISTENZTHEORETISCHE GRUNDLAGEN ZUR BEZIEHUNGSGESTALTUNG

BG II: BEZIEHUNGSGESTALTUNG & PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN

BG III: SCHWIERIGE SITUATIONEN MIT PATIENTEN



It's a Fan!

It's a Wall!

It's a Rope!

It's a Snake!

It's a Tree!

It's a Snake!

Quiz !

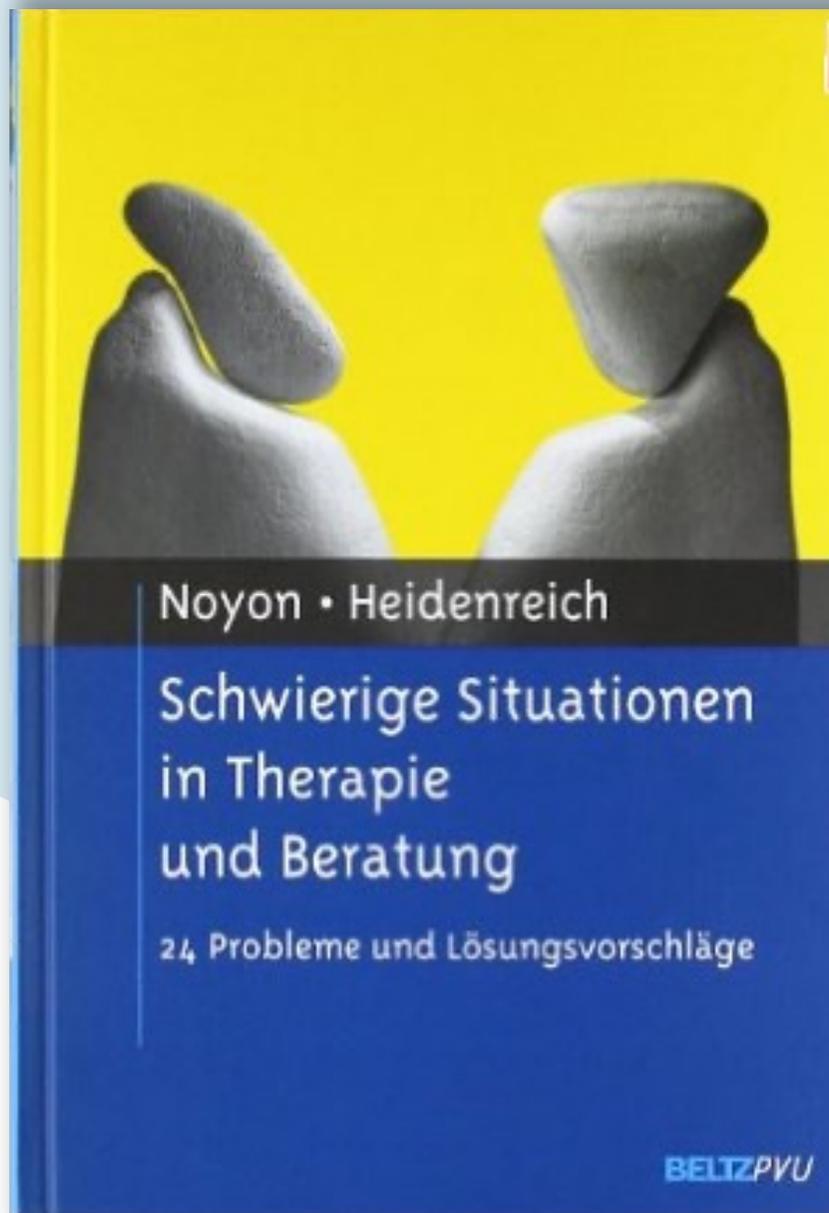




***Schwierige
Situationen mit
Patienten
(Heidenreich &
Noyon)***

*das „schlaue
Buch“ 😊*





Noyon • Heidenreich

Schwierige Situationen in Therapie und Beratung

24 Probleme und Lösungsvorschläge

BELTZPVU

Urheberrechtlich geschütztes Material



Borg-Laufs • Gahleitner • Hungerige

Schwierige Situationen
in Therapie und Beratung
mit Kindern und Jugendlichen



Urheberrechtlich geschütztes Material

BELTZ

Belastungen durch die psychotherapeutische Tätigkeit

- Belastung durch lang anhaltende Kontakte
 - Fehlen der schützenden Distanz
 - Mit-Leiden
 - Aktivierung unangenehmer Erinnerungen
- Belastung durch bestimmte Klientengruppen
 - Belastung suizidale Patienten
 - Aggressivität, Feindseligkeit, Hass
 - Belastende Einstellungen von Klienten

Belastungen durch die psychotherapeutische Tätigkeit

- Belastung durch Erfolgsdruck
- Ermüdung, die zu Erschöpfung wird
- Anforderungen an Persönlichkeit und Haltung "Vorbild sein"
- Belastung durch die Rahmenbedingungen

Abweichende Wertvorstellungen und Ziele

Do's	Don'ts
Deutliche Stellungnahme (Ich muss Ihnen leider mitteilen, dass ich Ihnen bei Ihrem Ziel nicht helfen werde, da...)	Vermeidung mit dem Gedanken: Vielleicht merkt der Patient ja nicht, dass ich mit seiner für die Therapie zentralen Ansicht X gar nicht klar komme.
Wenn möglich, Patienten entlasten (Es ist mein Problem, dass ich mit unseren unterschiedlichen Ansichten im Bereich X nicht umgehen kann, das liegt nicht an Ihnen)	Patienten ohne konkreten Lösungsvorschlag wegschicken
Anbieten, negative Gefühle zu Äussern (Wie geht es Ihnen damit, dass ich... Sage? Oder deutlicher: Ich könnte mir vorstellen, dass es Sie ziemlich ärgert, dass ich jetzt... Trifft das bei Ihnen zu?)	Unterwürfige Entschuldigungs- und Selbstanklagehaltung (Es tut mir wirklich so leid, dass ich das nicht kann. Bei einem besseren Therapeuten als mir während sie wirklich besser aufgehoben)
Intensive Abwägung des Abweichungsproblems vor dem Hintergrund eigener Werte und Normen	Prinzipielle Ablehnung schwieriger Patienten, Bevorzugung von YAVIS-Klienten (YAVIS= young, attractive, verbal, intelligent, successful)

Abwertendes und überkritisches Verhalten

Do's	Don'ts
In Massen innere Distanz herstellen (Hier bin nicht ich als Person gemeint, sondern meine Rolle als Therapeut steht im Mittelpunkt)	Überhören der Abwertungen in der Hoffnung, dass es sich nicht wiederholt
Offener und klärender Stil (Sie haben sich gerade im Punkt X sehr kritisch über mich geäußert. Habe ich Sie da richtig verstanden? Was genau denken Sie an dieser Stelle über mich?)	Verteidigend reagieren (Aber das stimmt doch gar nicht! In unserer dritten Stunde haben Sie noch gesagt, dass Sie mich toll finden)
Konkretes Verhalten benennen, ggf. Videos der Stunden verwenden, um dem Patienten seine Abwertungen vor Augen zu führen	Impulsen zum Gegenangriff stattgeben (Glauben Sie wirklich, mit Ihrem gescheiterten Leben in der Position zu sein, mich hier zu kritisieren?)
Initiierung eines Trainings sozialer Kompetenzen	Von vornherein davon ausgehen, dass Patienten mit den in den abwertenden Äußerungen enthaltenen Aussagen unrecht haben (Immunisierung)
Gg. Wahrung eigener Grenzen (Ich kann mit Ihnen nicht arbeiten, wenn Sie sich mir gegenüber weiterhin... Verhalten. Ich möchte, dass wir schauen, wie Sie das ändern können)	

Antriebslosigkeit

Do's	Don'ts
Bei depressiven Klienten: Ärztliche Abklärung einleiten und dadurch ggf. medikamentöse Begleitbehandlung herbeiführen	Sich unter Druck setzen lassen und ständig neue therapeutische Ideen aus dem Hut zaubern
Baby-steps	Vorwurfsvolle Haltung einnehmen (Sie wollen wahrscheinlich nicht, dass es Ihnen besser geht, sonst würden Sie sich mehr bemühen)
Anforderungen reduzieren	Aufbau hilfreicher Aktivitäten ganz aufgeben
Lust-Prinzip hinterfragen und durch Sinn-Prinzip ersetzen	Dem Klienten dauerhaft sämtliche Verantwortung abnehmen und alles für ihn erledigen
Eigenen Ärger wahrnehmen	

Intellektualisieren

Do's	Don'ts
In Massen: Dumm stellen (Wie Sie das gerade beschrieben haben, das hörte sich ziemlich beeindruckend an, aber ich bin irgendwie nicht so richtig mitgekommen. Das war ziemlich komplex. Könnten Sie mir das vielleicht auch einfacher beschreiben, zum Beispiel in dem Sie mir sagen, wie genau Sie sich bei ... Gefühlt haben?)	Einsteigen in den intellektuellen Machtkampf (Ich werde dir schon zeigen, wer hier der Schlauere ist. Ich verstehe alles, und egal, wie komplex du es ausdrückst, ich finde garantiert eine noch komplexere und elegantere Paraphrasierung dafür!
Auf den Körper beziehen (Wenn Sie nicht sagen können, wie Sie sich gefühlt haben, können Sie denn sagen, WO im Körper Sie es gefühlt haben?)	Innerliches Abschalten (Ich lass ihn einfach reden, irgendwann wird er ja wohl fertig sein.)
Achtsamkeitsübungen, Sinneserfahrungen, Leibesübungen	

Machtkampf

Do's	Don'ts
Komplementäre Beziehungsgestaltung	Auf den Machtkampf einsteigen (Dir zeig ich schon, wer hier der Stärkere ist!)
Beziehung klären	Beleidigt reagieren (Jetzt will ich dir schon helfen, und du hast nichts Besseres zu tun, als mich abzuwerten)
So weit wie irgend möglich dem Klienten die Kontrolle über alles lassen (Sie sind hier der Chef, Sie bestimmen, was gemacht wird)	Klienten in der Gruppe vorführen (Es hat den Anschein, dass Herr X. meint, der einzig gesunde Mensch in dieser Gruppe zu sein. Sie sehen das denn die anderen?)
Gruppen- und Feedbackregeln zu einem frühen Zeitpunkt einführen und Mitglieder darauf verpflichten	

Mangelnde Veränderungsmotivation

Do's	Don'ts
Führen Sie bereits in der Frühphase der Therapie eine ausführliche Ziel- und Wertklärung durch und legen Sie gemeinsam mit dem Patienten die Behandlungsziele fest	Für den Patienten wissen, was gut ist und dies unmissverständlich zum Ausdruck bringen (Sie müssen / sollten...)
Vergegenwärtigen Sie sich, dass es sich um das Leben des Patienten handelt und dass Ihr Leben als Behandler nicht davon abhängt, welche Entscheidung ihr Klient trifft	Eigenen Selbstwert von erfolgreichen Veränderungsbemühungen des Klienten abhängig machen
Machen Sie sich mit den Grundregeln des „Motivational Interviewing“ vertraut und vermeiden Sie konfrontatives Vorgehen	Einnehmen einer vorwurfsvollen und verurteilenden Haltung gegenüber „unmotivierten Patienten“

Negative Gefühlsäusserungen & Jammern

Do's	Don'ts
Aufrechterhaltung der professionellen Distanz: beim Klienten bleiben, aber sich nicht in den Strudel ziehen lassen	Übertriebenes Mitschwingen mit negativen Gefühlsäusserungen
Therapieziele Frustrationstoleranz und Akzeptanz verfolgen: negative Gefühle gehören zum Leben	Beschwichtigende leere Floskeln (Das wird schon wieder. So schlimm ist es doch gar nicht)
Problematisches Verhalten konkret benennen (Sie klagen seit vier Sitzungen fast ununterbrochen über...)	In die Verantwortungsfalle gehen (Ich bin als Therapeut vollständig dafür verantwortlich, dass mein Klient sich gut fühlt!)
Handlungsspielräume und Wahlalternativen aufzeigen (Ich kann sehr gut verstehen, dass Sie Ihre Situation beklagen. Möchten Sie, dass wir danach suchen, wie die Situation verändert werden kann?)	Wutausbrüche (Ich halte es einfach nicht mehr aus, Ihr ständiges Gejammer anzuhören)

Persönliche Einladung, Veränderung Setting

Do's	Don'ts
Einladungen freundlich und rücksichtsvoll, aber klar ablehnen	Einladungen annehmen (Es wird schon nichts Schlimmes passieren)
Verantwortung übernehmen: eigene Gründe beschreiben, aber keine Diskussion darüber beginnen	Verantwortung abwälzen (Ich darf nicht- Antworten)
Beziehung klären (Was ist bei uns passiert, dass sich bei Ihnen ein Beziehungswunsch in diese Richtung entwickelt hat?)	Katastrophisieren (Oh Gott, sie hat mich eingeladen, sie muss in mich verliebt sein, und ich habe das sicher durch unprofessionelles Verhalten ausgelöst!) und Dramatisieren (Jetzt müssen wir erst mal alle Therapieziele ad acta legen und uns die nächsten 20 Stunden um unsere Beziehung kümmern)
Negativen Gefühlen Raum geben (Ich kann mir gut vorstellen, dass es Sie ziemlich kränkt, dass ich diese Einladung nicht annehme. Wie geht es Ihnen damit?)	

Persönliche Fragen von Klienten

Do's	Don'ts
<p>Klärung der eigenen Grenzen: Was will ich sagen, und in welcher Hinsicht will ich mich nicht öffnen?</p>	<p>Schlechtes Gewissen: seinen Klienten irgendetwas nicht sagen zu wollen sei etwas Böses.</p>
<p>Freundliches, aber festes Vertreten der eigenen Grenzen („Ich kann gut verstehen, dass Sie sich dafür interessieren, aber ich möchte Ihnen sagen, dass mir das zu persönlich ist und ich deshalb auf die Frage nicht antworten werde.)</p>	<p>Lügen, um es sich leichter zu machen (ist nur in den allerwenigsten Situationen erlaubt, die Ausnahme bestätigt hier die Regel!) in der Regel führt das langfristig zu Ärger</p>
<p>Raum für die Bearbeitung von Kränkung, Zurückweisungsgefühlen etc. bieten und den Klienten darin aktiv unterstützen</p>	<p>Aus einem peinlich-berührt-sein heraus aggressiv – abwehrend reagieren (Meine Güte, wie können Sie mir nur so eine Frage stellen! Ist doch klar, dass ich darauf nicht antworten werde)</p>
<p>In einfachen Fällen einfach antworten (manchmal ist eine Patientenfrage einfach eine Frage und es steckt nichts Gewaltiges dahinter)</p>	<p>Übertriebener Psycho-Babble (Was glauben Sie, was es mit mir macht, dass Sie mir diese Frage stellen? Und was macht es mit Ihnen, dass ich Ihnen jetzt nicht antworte? Und was glauben Sie, wie ich es erlebe, dass Sie sich nun Gedanken darüber machen, was das mit mir macht)</p>
	<p>Sich hinter institutionellen oder berufsständischen Positionen verschanzen (Ich würde Ihnen ja gerne antworten, aber mein Chef / die Berufsordnung erlauben mir das nicht)</p>

Schweigen und „ich weiss nicht“

Do's	Don'ts
Das Schweigen lesen: Beweggründe erkennen und adäquat reagieren, Blickrichtung des Gegenübers beobachten, um das Schweigen besser klassifizieren zu können	Blinder Aktionismus und überhastetes Reagieren, um das Schweigen schnellstmöglich zu beenden
Eigenes Abwarten kultivieren und persönliche Entspannung fördern	Von Thema zu Thema bzw. Frage zu Frage springen, ohne die Potentiale richtig auszureizen (Er schweigt, also lieber schnell wieder weg hier, auch wenn ich noch nicht genau weiss, was es mit diesem Thema nun auf sich hat)
Einfache Fragen stellen (erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass eine Antwort möglich ist)	Komplizierte, lange und verschachtelte Fragen stellen (erleichtern „ich weiss nicht“ als Antwort)
Abklären, ob beim Klienten eine erhöhte soziale Angst vorliegt, die Ursache für das Schweigen sein kann	Ärgerlich reagieren (Jetzt machen Sie doch endlich mal den Mund auf! So kommen wir hier nicht weiter)

Ständiges Reden (Logorrhoe)

Do's	Don'ts
Langsames Aufdehnen der sozialen Konventionen: erst ungehindert sprechen lassen, schliesslich noch höfliche Unterbrechungsversuche, am Ende massive Formen des Unterbrechens	Vorwurfsvolle und unfreundliche Grundhaltung beim Unterbrechen (Sagen Sie mal, merken Sie gar nicht, dass Sie reden wie ein Buch? Ich komme hier gar nicht zu Wort!)
3-Satz-Regel vereinbaren	Sich dem Redefluss tatenlos ergeben (Ich schalte einfach auf Durchzug, irgendwann ist die Stunde schon rum)
Diagnostizieren: Woran liegt das Dauerreden? Situativ? Habituell?	

Therapeutische Vorprägung

Do's	Don'ts
Die früheren therapeutischen Erfolge würdigen	Beleidigt reagieren
Fremde Terminologie so gut wie möglich integrieren, bei zu grosser Unklarheit aber problematisieren und eine gemeinsame Sprache mit dem Klienten finden	Vergleiche mit dem Vortherapeuten persönlich nehmen
Das eigene Modell nicht als Konkurrenz, sondern als Alternative anbieten (Ich sage nicht, dass meine therapeutische Herangehensweise besser ist als die Ihres vorigen Therapeuten. Sie ist lediglich anders, und vielleicht ist dieses Anders bei Ihrem momentanen Problem ein Versuch wert)	Die Überlegenheit des eigenen Verfahrens beweisen wollen
Verfügbare Vorinformationen einholen (Schweigepflichtsentbindung unterschreiben lassen, Entlassungsberichte etc. anfordern, mit Vorbehandlern reden)	Informationen unkritisch übernehmen (insbesondere Diagnosen)

Verliebtsein bei Klienten

Do's	Don'ts
Klare Botschaften setzen: <ul style="list-style-type: none">•Würdigung der Selbstöffnung•Erklärung der Unveränderbarkeit der therapeutischen Beziehung•Klärung der Bedeutung für die weitere Arbeit	Katastrophisieren (Oh Gott, furchtbar, er hat sich verliebt, jetzt ist alles ganz schwierig!)
Reflexion der eigenen Professionalität (Habe ich unangemessen zur Entstehung dieser Gefühle beigetragen?)	So tun als wäre nichts (Ich spreche es lieber mal nicht an, vielleicht passiert ja nichts)
Freundlich, rücksichtsvoll, unterstützend bleiben	Brüsk, harsch, empört reagieren (Es sollte Ihnen doch klar sein, dass es zwischen uns nichts geben wird!)
	Identifikation mit dem Verliebtsein (Ich muss ein toller Mensch sein, wenn andere sich in mich verlieben)

Wenig Eigenverantwortung

Do's	Don'ts
Störungsmodell mit dem Klienten gründlich klären und Hauptaugenmerk auf die Lösungsansätze legen	Sich auf lange Diskussionen zur Klärung der Schuldfrage (Schuld an meiner elenden Situation ist X, weil....) einlassen
Systemimmanent arbeiten und innerhalb des Klientenmodells nach Handlungsspielraum suchen	Reflexartig mit Verantwortungsübernahme reagieren (Oh je, wenn Ihnen so übel mitgespielt wurde, dann werde ich mich natürlich sofort darum kümmern und Ihren bösen Kollegen mal anrufen.)
Validieren, Verständnis zeigen und mit dem Klienten angemessen kurz die Ungerechtigkeit der Welt feststellen und beklagen, dann aber schnellstmöglich zu konkreten Operationen übergehen	Zu früh (z.B. schon im Erstgespräch) zu hart konfrontieren (Wenn Sie weiter Ihrem Nachbarn die Schuld für Ihre Misere geben, dann können Sie warten, bis Sie schwarz werden, bevor sich in Ihrem Leben irgendwas zum Besseren wenden wird)

Zweifel von Klienten an Behandlern

Do's	Don'ts
Offenheit und Information	Verstecken (Ich sag mal nichts dazu, dass ic noch in Ausbildung bin, vielleicht kommt es ja nicht raus)
Grundhaltung: Ich habe nichts zu verstecken und für mein Leben ist es nicht wichtig, ob dieser Klient zu mir in Behandlung kommt oder nicht.“	Übermotivierte Verkäuferhaltung: (Ich muss den Klienten unbedingt dazu kriegen, dass er bei mir in Behandlung bleibt, sonst bin ich völlig gescheitert)
Zweifel von Klienten validieren und den Aspekt positiver Selbstfürsorge, der in den Zweifeln steckt, herausarbeiten	Verteidigung (Was bilden Sie sich ein? Ich habe schliesslich X studiert und kenne mich deshalb bestens aus)
Entspannte und unverkrampfte Haltung	



***Beziehungsgestaltung in
Krisen
Deeskalation***

SICHERHEIT HERSTELLEN
BEWÄLTIGUNG, NICHT HEILUNG
UNTERSTÜTZUNG, NICHT BEHANDLUNG

***Ziele bei der
Kriseninterve
ntion***

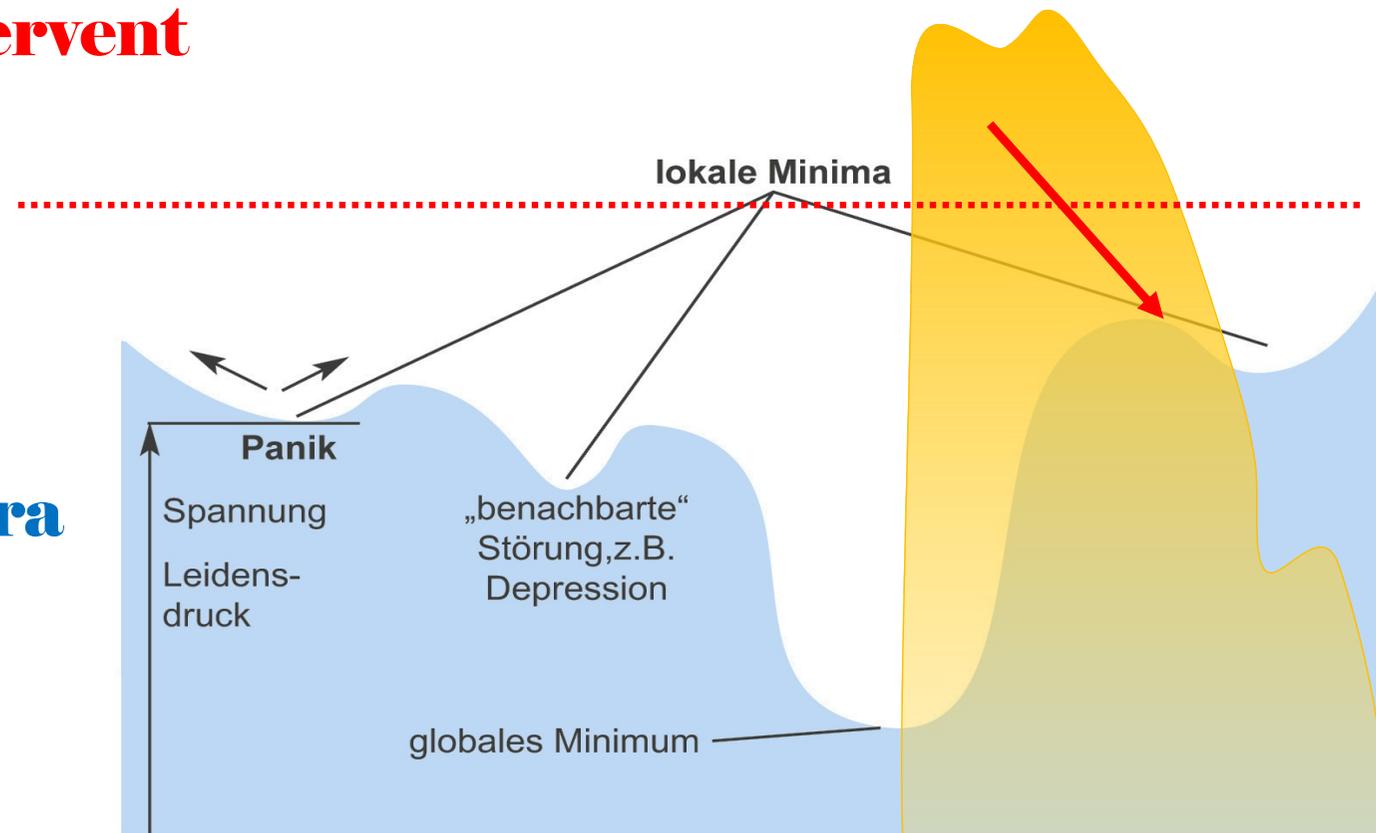
Unterschiede der Krisenintervention zur Therapie

	Krisenintervention	Psychotherapie	(sozialpsychiatrische) Begleitung
Kontext	Prävention, rasche Linderung, Besserung des Zustandes	Wiederherstellung, Wachstum, Wiederaufbau	Orientierung an der Lebensqualität
Zeit	sofort, zeitliche Nähe zu Stressor oder akuter Dekompensation	verzögert, zeitlicher Abstand	kontinuierlich
Ort	überall wo notwendig	sichere, geschützte Umgebung	geschützte Umgebung, Vernetzung
Dauer	wenige Kontakte	so lange wie nötig / gewünscht prozessorientiert	lange anhaltend
Rolle des Therapeuten	aktiv, direktiv	anleitend, beratend, zusammenarbeitend	begleitend
Fokus	bewusste Prozesse, Umgebung	bewusste und unbewusste Quellen	alltagsnah
Zeit-Fokus	Hier und Jetzt	Gegenwart und Vergangenheit	nähere Gegenwart
Ziele	Stabilisieren, Lindern, Rückkehr zur Funktionsfähigkeit oder zu nächsthöherer Nachsorge-Stufe	Symptomreduktion, Korrektur der Pathogenese, persönlicher Wiederaufbau	Verhinderung von Dekompensation, Aufrechterhaltung von Fertigkeiten

Spannungskurve in der Therapie

Krisenintervention

Psychotherapie



Ziele der Krisenintervention

- Informationsverarbeitung ermöglichen
- Gefühle aussprechbar und aushaltbar machen
- Gefühlssteuerung ermöglichen (vs Impulsivität)
- Unsicherheit aushaltbar machen (vs Scheinlösung)
- Suche und Annahme von Hilfe ermöglichen
- Übersicht über die Probleme erarbeiten, Teilschritte
- Alltagsbewältigung ermöglichen
- Grundvertrauen zu sich selbst und anderen

Stufenmodell zur Deeskalation von Gewalt und Aggression ProDeMa

Deeskalationsstufe I	Verhinderung der Entstehung von Gewalt und Aggression
Deeskalationsstufe II	Veränderung der Sichtweisen und Interpretationen aggressiver Verhaltensweisen
Deeskalationsstufe III	Verständnis der Ursachen und Beweggründe aggressiver Verhaltensweisen
Deeskalationsstufe IV	Kommunikative Deeskalationstechniken im direkten Umgang mit hochgespannten Patienten
Deeskalationsstufe V	Patientenschonende Abwehr- und Fluchttechniken bei Angriffen von Patienten
Deeskalationsstufe VI	Patientenschonende Immobilisations- und Fixierungstechniken

Verbale Deeskalation bei hohem Erregungsniveau nach ProDeMa

Sicherheit!

1. Kontaktaufnahme
2. Kontakt-/ Beziehungsaufbau
3. Konkretisierungsfragen
4. gemeinsame Lösung erarbeiten

Verbale Deeskalation bei hohem Erregungsniveau nach ProDeMa

Sicherheit

Distanz wahren

Hände vor dem Körper

Türe in meinem Rücken (Fluchtweg)

Verbale Deeskalation bei hohem Erregungsniveau nach ProDeMa

Kontaktaufnahme

Kontakt ist eine Voraussetzung, dass eine Deeskalation gelingen kann!

Z.B.: „Herr Müller, Hallo, sehen Sie mich an,“ klatschen... Der Patient muss sich mir zuwenden.

Das Erregungsniveau dem Patienten anpassen, bei Kontakt Lautstärke sofort verringern.

Verbale Deeskalation bei hohem Erregungsniveau nach ProDeMa

Beziehungsaufbau

Der Patient soll spüren, dass ich ihn wahrnehme, annehme und versuche zu verstehen. Emotionaler (nicht rationaler) Zustand spiegeln, keine Wertung.

Z.B.: „Herr Müller, sie wirken gerade sehr aufgeregt, verärgert, scheinen eine riesige Wut zu haben, ich sehe wie verzweifelt Sie sind und es fast nicht mehr aushalten...“

Verbale Deeskalation bei hohem Erregungsniveau nach ProDeMa

Konkretisierungsfragen

Fragen im Hier und Jetzt, WAS Fragen (kein Warum)

z. B.: "Was hat Sie gerade so aufgeregt, was genau ärgert Sie im Moment, was ist denn passiert, dass Sie so wütend wurden, was macht Sie so verzweifelt, was halten Sie nicht mehr aus?"

Superlativfragen

„Und was macht Ihnen davon am meisten Angst? Was ist für Sie von Allem das Schlimmste? Was hat Sie denn am Verhalten von xy am meisten geärgert?“

Wichtig:

- nur eine Frage stellen
- Zeit zum beantworten lassen
- Spiegeln der Antwort zur Vermittlung, dass wir den Patienten verstehen und auf ihn eingehen

Verbale Deeskalation bei hohem Erregungsniveau nach ProDeMa

Gemeinsame Lösung erarbeiten

Lösungs-Anregungsfragen stellen, z.B.

„Was würde Ihnen jetzt gut tun?“

„Was müsste geschehen, dass Sie ruhiger werden könnten, sich entspannen könnten?“

„Was könnte Ihre Aufregung lindern?“

„Kann Ihnen irgendwer oder irgendetwas helfen?“

„Was brauchen Sie von uns, um nicht mehr so viel Angst zu haben?“

„Was kann ich tun um Ihnen zu helfen?“

„Gibt es irgend etwas, was Ihre Wut verringern würde?“

„Was würden Sie jetzt am liebsten tun, wenn Sie nicht so aufgeregt wären?“

Aggressives Verhalten und Gewalt

Noyon & Heidenreich

Do's	Don'ts
Nonverbale Sicherheit: klare, aufrechte Körperhaltung, Blickkontakt, feste und klare, aber freundliche Stimme	Aggression mit Gegenaggression beantworten
Immer Selbst- und Fremdgefährdungsgefahr prüfen	Defensiv und unsicher reagieren
Klartext sprechen und Bedenken auf den Punkt bringen (Ich mache mir Sorgen darüber, ob Sie Ihrem Mann vielleicht etwas antun könnten. Was denken Sie darüber?)	Um den heißen Brei herumreden
Eigene Grenzen feststellen und akzeptieren! Sie sind und bleiben ein guter Therapeut, auch wenn Sie nicht mit Menschen mit Vorbestrafung wegen Körperverletzung arbeiten möchten!	So tun, als wäre nichts (Vermeidung)
Sicherheitssysteme mit Kollegen vereinbaren (Gut, du bist also im Nebenraum und wir haben ausprobiert, dass Du mich hören kannst, wenn ich laut schreie und dass Du dann in fünf Sekunden das bist und mir hilfst. Damit fühle ich mich sicher)	Demonstrativ einschüchterndes bzw. drohendes Verhalten zeigen

Allgemeines zu schwierigen Gesprächssituationen

- Akzeptanz sich selbst gegenüber: schwierig heisst auch schwierig => häufig keine elegante Lösung!
- Ruhe bewahren: überhastet reagieren fast nie günstig => bei Wahrnehmung eigener innerer Spannung "zurücklehnen"

Nützliche Tipps: konkrete Vorbereitung

- Taschentücher
- Decke, Kissen
- Traubenzucker o.ä., Wasser
- Notfallkiste (sensorische Reize)

- Vorgehen und Zuständigkeiten abklären
- Wichtige Telefonnummern aufschreiben, speichern
- Keine schwierigen Gespräche am Abend spät
- KollegIn vorinformieren
- Mentale Vorbereitung auf potentielle Szenarien und Reaktionen

Nützliche Tipps: in der Situation, nach der Situation

- Gespräch an der frischen Luft, im Gehen, beim Malen
- Ablenkung über Skills (Ball werfen, Regulierung über Ressourcen)
- Etwas zu trinken (Zigi) anbieten
- Jemanden dazu holen
- Türe während dem Gespräch öffnen, auf den Gang treten
- Gut dokumentieren und informieren (evtl. Vorgesetzte)
- Supervision, Intervision (Selbsterfahrung)
- ...



***Take Home
Message***

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 zu entschärfen.
- Je verletztter ein Patient in seinem Beziehungs-Verhalten ist, desto wichtiger wird das therapeutische Beziehungs-Angebot (Persönlichkeitsstörungen).

Krisenintervention / Deeskalation

- Es ist hilfreich, zwischen Krisenintervention und Psychotherapie zu unterscheiden
- Das Beziehungsverhalten unterscheidet sich in den beiden Angeboten
- Klarheit
- Kontaktaufnahme gewährleisten
- Emotionsabbau fördern
- Konkrete Lösungen für die nächsten Schritte

Schwierige Situationen

- Schwierige Situationen sind für alle schwierig, Geduld hilft!
- Es macht Sinn, sich im Vorfeld über mögliche schwierige Situationen Gedanken zu machen und sich inhaltlich und formal vorzubereiten.
- Schwierige Situationen können für das nächste Mal präventiv sein, wenn sie ausgewertet und Massnahmen abgeleitet werden können.
- Der Austausch mit Kollegen und in der Supervision ist (und bleibt) wichtig!

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.
- 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.



Quellenangaben Folien

- Vortrags-Script Prof. Heidenreich, Hochschule Esslingen
- Tanja Sonderegger, Iups
- ProDeMa Deeskalationstraining, Iups