

**„Beziehungsgestaltung und
Gesprächsführung mit
psychisch/psychosomatisch kranken
Menschen“**

Prof. Dr. Karl-Heinz Stange

„Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen“

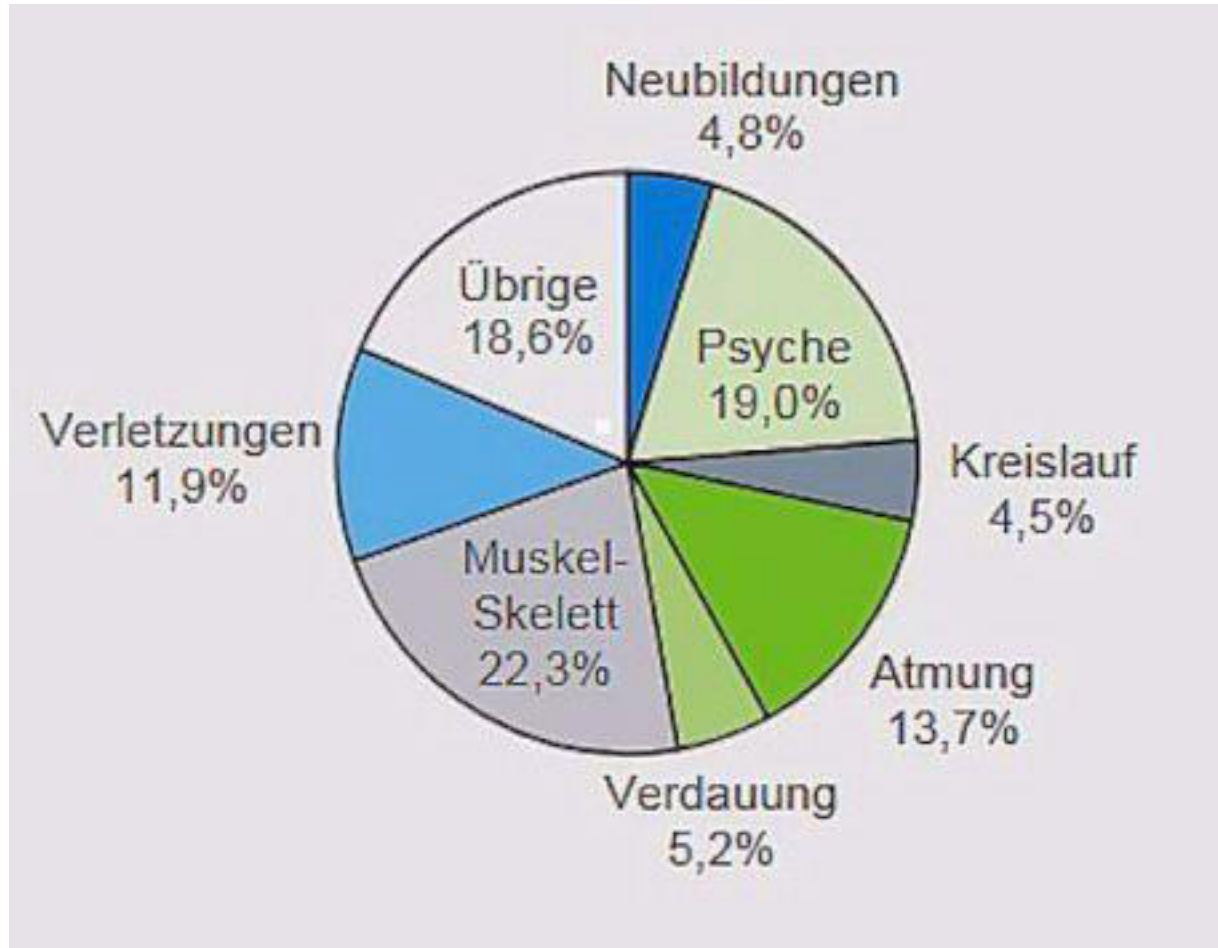
- 1. Einleitung und Überblick zur störungsspezifischen Kommunikation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, Krankheitsursachen (S. 3)**
- 2. Einige Grundsätze von Kommunikation und Gesprächsführung (S. 22)**
- 3. Gesprächsablauf und Fragen stellen (S. 37)**
- 4. Ängste, Zwänge und Phobien (S. 46)**
- 5. Depression und Burnout (S. 53)**
- 6. Persönlichkeitsstörungen (S. 84)**
- 7. Psychose (S. 113)**
- 8. Psychosomatische Erkrankungen (S. 132)**
- 9. Sucht (S. 141)**
- 10. Minimax-Interventionen (S. 157)**
- 11. Schwierige Gesprächssituationen (S. 168)**
- 12. Übertragung und Gegenübertragung (S. 173)**

Anhang 1: Informationen zur Psychotherapie (S.181)

Anhang 2: Checklisten Borderline und Narzissmus (S. 204)

**1. Einleitung und Überblick zur störungsspezifischen
Kommunikation bei psychischen und psychosoma-
tischen Erkrankungen, Krankheitsursachen**

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen

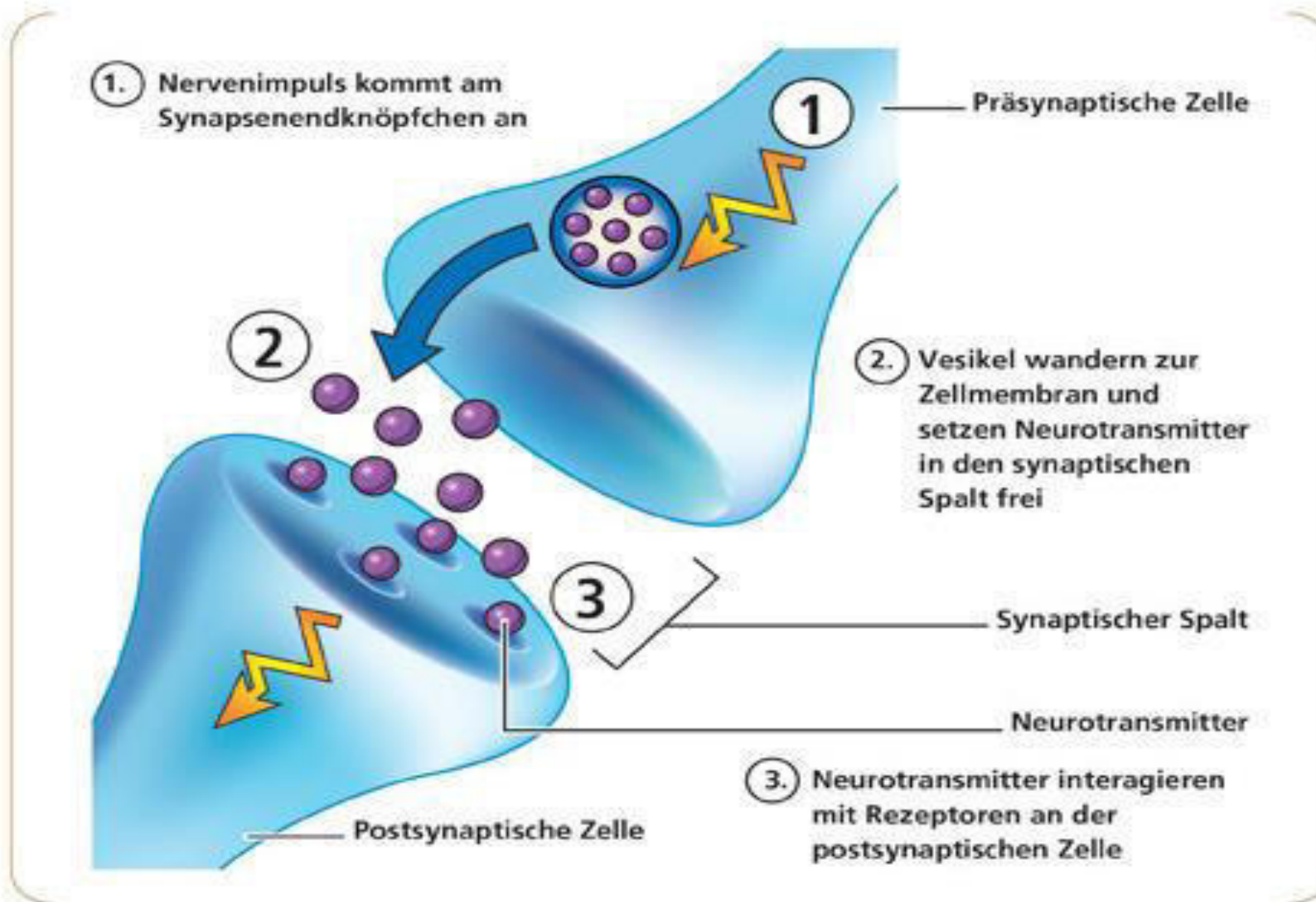


Verteilung der Fehlzeiten nach Krankheitsarten (alle Kassen 2021)

Ursachen/Erklärungsmodelle:

- **Naturwissenschaftliches-medizinisches
Krankheitsmodell („Schulmedizin“)**
- **Psychologische Erklärungsansätze**
- **Gesellschaftliche Ursachen**
- **Trauma**

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen



Psychologische Erklärungsansätze:

- **Familiäre Hintergründe**
- **Erziehung**
- **Einfluss der Bezugspersonen**
- **Emotionale und körperliche Mangelversorgung /
Misshandlung**

Kommunikation als Eisberg



Kommunikation als Eisberg



Gesellschaftliche Ursachen:

- **Arbeits- und Perspektivlosigkeit**
- **Arbeitsüberlastung**
- **Arbeitsmarkt- und Wirtschaftspolitik**
- **Soziale Isolation**
- **Zunehmende Technisierung und Medikalisierung
von Lebenswelten**
- **Unzureichendes Angebot an therapeutischen Hilfen**

Trauma:

- **Migration, Entwurzelungen**
- **Krieg**
- **Haft, Folter**
- **Unfälle**

Risiko- und Schutzfaktoren:

- **Frühkindliche Belastungsfaktoren wie Vernachlässigung / Liebesmangel, einschneidende Verlusterlebnisse während der Kindheit oder psychische Störungen der Eltern prädestinieren für psychogene Erkrankungen im Erwachsenenalter.**
- **Gravierende Lebensereignisse und chronische Belastungen im Erwachsenenalter sind ebenfalls bedeutsam.**
- **Sind beide Situationen gegeben, muss mit einer Erkrankungswahrscheinlichkeit von ca. 80-85% gerechnet werden. Sind beide Situationen nicht gegeben, liegt diese Quote bei lediglich bei 15-20%.**

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen

Neurosen	Psychosen	Persönlichkeitsstörungen
Beispiele: Angststörungen Phobien Zwangsstörungen Depressionen	Beispiele: Schizophrenie Wahnkrankheiten	Beispiele: Narzisstische Persönlichkeitsstörung Borderline-syndrom Paranoide Persönlichkeitsstörung

Zusammenfassung:

- Alle psychischen Erkrankungen können „leicht“, „mittel“ und „schwer“ ausgeprägt sein
- Bei „mittel“ und „schwer“ ist immer professionelle Hilfe erforderlich
- „Komorbidität“ ist leider eher die Regel als die Ausnahme
- Ein „störungsspezifischer“ Umgang ist hilfreich, denn ein generalisierendes Beraterverhalten geht in der Regel nicht hinreichend auf die Besonderheiten der jeweiligen Diagnosecluster ein.
- „Sucht“ ist ubiquitär, d. h. sie tritt im Zusammenhang mit fast allen Erkrankungen auf.

Zusammenfassung Diagnosecluster „Neurosen“:

- Der Diagnosecluster „Neurosen“ bedeutet, dass die Betroffenen – unabhängig von „leicht“, „mittel“ oder „schwer“ - in ihrer örtlichen, zeitlichen und räumlichen Orientierung nicht beeinträchtigt sind (d. h. sich bewusstseinsklar verhalten können)
- Eine geeignete diesbezügliche Testfrage wäre „Sind Sie doch bitte so nett und wiederholen mal mit eigenen Worten was wir gerade besprochen haben?“
- Kann die Frage nicht befriedigend beantwortet werden, stimmt möglicherweise die Diagnose nicht oder es liegt eine bisher nicht entdeckte körperliche Erkrankung bzw. eine psychische Komorbidität vor.
- Eine weitere wichtige Beratungsregel ist daher die Frage: „Sind sie körperlich durchuntersucht? (Screening) Beispielsweise können nicht entdeckte Tumore, Entzündungen, Stoffwechselerkrankungen oder Medikamente eine Depression oder Wahnsituationen verursachen.
- Sollte eine körperliche Erkrankung etc. diagnostiziert werden, muss diese primär behandelt vom Körperarzt behandelt werden. In aller Regel bilden sich nach einer erfolgreichen Therapie dann auch die psychischen Symptome zurück.

Fallbeispiel „Depression“:

Der Klient macht bei einem Hausbesuch einen niedergeschlagenen Eindruck, sein Mimik und Gestik sind starr und wie „eingefroren“. Das Gespräch verläuft schleppend, der Klient berichtet auf Nachfrage zu eventuellen körperlichen Symptomen über wechselnde Kopfschmerzen, Verspannungen im Schulter-Nacken-Bereich, Kreislaufschwäche, Schlafstörungen und Appetitlosigkeit.

Sie haben zwar einen Depressionsverdacht, weil einige klassische Symptome aufgezählt werden, motivieren den Klienten jedoch zu einem Arztbesuch. Die Untersuchungen ergeben dann, dass es sich um einen nicht entdeckten Diabetes handelt.

Der Hausarzt „stellt den Diabetes ein“ und die Depressionssymptome verschwinden daraufhin nach einiger Zeit wieder.

Sie haben klug bzw. ursächlich gehandelt und ihrem Klienten damit unnötiges Leid erspart.

Diese bzw. vergleichbare Situationen sind in 10-15% aller Verdachtsfälle auf psychische Erkrankungen gegeben.

Zusammenfassung Diagnosecluster „Psychosen“:

- Der Diagnosecluster „Psychosen“ bedeutet, dass die Betroffenen – vorübergehend oder sogar auf Dauer (chronisch) – den örtlichen, zeitlichen und räumlichen Bezug zur Realität verloren haben, d. h. sie können dann Phantasie und Realität nicht mehr treffsicher unterscheiden und fühlen sich beispielsweise von Drogen verfolgt und beobachtet.
- Diese psychischen Situationen/Symptome können nicht gefakt werden, d. h. die Klienten lügen Sie nicht absichtlich an etc.
- Auf diesem Hintergrund sollte man aber die Aussagen immer einer genauen Realitätskontrolle unterziehen.
Wichtig: Möglicherweise ist eine Erzählung in sich geschlossen/logisch und weist einen roten Faden auf, der Sie annehmen lässt, es handele sich möglicherweise doch um ein Realgeschehen. **Prüfüberlegung** hierzu: „Im falschen Ganzen gibt es nichts einzeln Richtiges“.
- Auch bei einer Psychose sollte eine körperliche Ausschlussdiagnostik erfolgen.
Faustregel: Je älter die Patienten sind desto größer wird die Wahrscheinlichkeit einer mitbeteiligten Körpererkrankungen. Beispiel: Eine nicht entdeckte Schwerhörigkeit kann zu paranoiden Symptomen führen.

Fallbeispiel „Schizophrenie“:

Ihr Klient erhielt die Diagnose „Schizophrenie“. Im Gespräch macht er jedoch keinen verwirrten Eindruck und berichtet detailliert und anschaulich von Kratzspuren an der Türklinke seines Autos und anderen ähnlichen Beobachtungen in seinem Lebensumfeld. Er befürchtet, sein Auto und seine Wohnung seien „verwanzt“ worden, um ihn abzuhören und Material gegen ihn zu sammeln, denn er sei als aktiver Gewerkschaftler aufgrund seines Eintretens für die 30-Stundenwoche mit vollem Lohnausgleich politisch unbequem geworden.

Erst nach einiger Zeit merken Sie, dass das Gespräch intrusiv (aufdrängend) immer um das gleiche Thema kreist, dem Klienten ist es offenbar nicht möglich andere Dinge zu besprechen bzw. als wichtig anzusehen.

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen

Zusammenfassung Diagnosecluster „Persönlichkeitsstörungen“:

- Der Diagnosecluster „Persönlichkeitsstörungen“ bedeutet, dass die Betroffenen -wie im Diagnosecluster „Neurosen“- in der Regel örtlich, zeitlich und räumlich orientiert sind, d. h. ihre kognitiven Funktionen funktionieren einwandfrei.
- Im Unterschied zu Menschen mit Depressionen oder Angststörungen (die dazu immer in der Lage sind!)- können die Betroffenen allerdings nicht erkennen, dass sie ein Problem haben, dass andere Menschen nicht haben. Ihrer Meinung nach sind sie selbst ok und handeln richtig, sie werden jedoch von anderen Menschen (die halt die Ursache der Probleme sind) nicht richtig verstanden. Eine Krankheitseinsicht besteht daher nicht.
- Klienten mit Persönlichkeitsstörungen sind hoch manipulativ, intrigant und fordern die Betreuer nicht selten bis zur Erschöpfung heraus. Sie akzeptieren keine Grenzen und Begrenzungen. Sie agieren ihre Probleme anstatt zu reflektieren und involvieren dabei oft viele Helfer in ihre Anliegen bzw. verschleißten sie sogar. Szenespruch: „Ein erfahrener Borderliner mischt die gesamte medizinische und psychosoziale Szene einer Kleinstadt auf – und das an einem Vormittag!“
- Wenn dies nicht durchschaut und entsprechend abgestimmt entschlossen gehandelt wird, „spalten“ sie das soziale und professionelle Umfeld („schwarz-weiß-denken“), Im Ergebnis verhindert dies Entwicklungen und stabilisiert letztlich die Störungen.
- Es gibt keine Medikamente gegen Persönlichkeitsstörungen.
- Grenzsetzungen und Konfrontationen sind notwendig und hilfreich. Entweder nehmen die Klienten irgendwann psychotherapeutische Hilfen in Anspruch oder sie müssen so bleiben wie sie sind.

Fallbeispiel „Borderline“:

Maria ist 25 Jahre alt und seit zwei Jahren von Ihnen betreut. Sie lebt allein und hatte bisher nur kurze on/off-Beziehungen. Die bisherigen Diagnosen lauteten: Selbstmordgefährdung, Selbstverletzung, starken Impulskontrollverluste, Bulimie, extremen Stimmungsschwankungen und massive Probleme in der Familie sowie mit zwischenmenschlichen Beziehungen. Eine erneute Untersuchung hat nun die Diagnose „Borderline“ ergeben.

Außer zu Ihnen hat sie noch Kontakt zu einer Psychologin in einer Beratungsstelle, zwei Ärzten, einem Psychotherapeuten und einer Ergotherapeutin. Nach ihren Berichten haben sie manchmal den Eindruck die Klientin sei „hauptberuflich“ Patientin und verbringt den Tag mit dem Aufsuchen dieser Bezugspersonen (von denen sie abwechselnd mal kritisch und mal zugewandt erzählt). Die Gespräche mit Maria sind immer sehr anstrengend und zeitraubend, Sie fühlen sich hinterher ausgepowert und haben nicht den Eindruck, dass es irgendwelche Fortschritte gibt.

2. Einige Grundsätze von Kommunikation und Gesprächsführung

- Kommunikation ist die Übermittlung einer Nachricht vom Sender zum Empfänger
- Der Sender trägt einen Großteil der Verantwortung dafür was beim Anderen ankommt
- Das, was beim Empfänger ankommt, ist nicht notwendigerweise das, was der Sender beabsichtigt hat
- Kommunikation hat immer vier Seiten (Sachebene, Beziehungsebene, Selbstoffenbarung, Apell)

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen“

ERSTES GESETZ: MAN KANN NICHT NICHT KOMMUNIZIEREN

Egal, was Sie tun, Sie treten immer in Kommunikation mit anderen. Selbst wenn Sie schweigen, sagen Sie damit etwas über Ihre eigene Befindlichkeit und Ihre Kommunikationsbereitschaft aus.

ZWEITES GESETZ: JEDE NACHRICHT WIRD VOM EMPFÄNGER INTERPRETIERT

Eine kommunikative Botschaft muss zunächst immer die individuellen WahrnehmungsfILTER des Empfängers passieren, um verstanden werden zu können.

DRITTES GESETZ: ZWISCHEN DEM, WAS GESENDET WIRD UND DEM, WAS DER ANDERE EMPFÄNGT, BESTEHT EIN UNTERSCHIED

Was zählt ist nicht das, was ich senden wollte, sondern das, was beim anderen ankommt. Entscheidend ist somit nicht die Absicht der Kommunikation, sondern deren Wirkung.

Gegen diese Regel wird permanent verstoßen. Wie oft teilen wir anderen mit, dass sie die Dinge falsch verstanden haben. Dies geht sogar soweit, dass wir dem anderen seine Gefühle absprechen, die er ja in dem Moment schon hat, indem wir sagen: „Du musst dich darüber nicht aufregen.“

Daraus folgt auch schon ein weiteres Gesetz: Wenn ich merke, dass die Wirkung anders war als meine Absicht, macht es wenig Sinn, dem anderen erneut zu erklären, was ich gemeint habe. Dies mündet dann in oft langatmige Rechtfertigungsorgien. Fragen Sie stattdessen lieber nach, wie der andere Ihre Botschaft verstanden hat.

ÜBERNEHMEN SIE VERANTWORTUNG FÜR DAS KOMMUNIKATIONSERGEBNIS.

Die 4 Ebenen von Kommunikation:

■ **Sachebene:**

Sachinhalt der Kommunikation/Information

■ **Beziehungsebene:**

Auf dieser Ebene wird zum Ausdruck gebracht, wie der Sender zum Empfänger steht. Auch nicht-sprachliche Botschaften (Tonfall, Mimik) sagen etwas über die Beziehung des Senders zum Empfänger aus

■ **Selbstoffenbarung:**

Der Sender gibt gleichzeitig etwas über seine Person preis. Diese Information gibt er gewollt im Sinne der Selbstdarstellung oder unbeabsichtigt/unbewusst

■ **Appell:**

Nachrichten sollen beim Empfänger eine Wirkung hervorrufen. Die Appellebene besteht darin, dass er durch die Kommunikation veranlasst werden soll etwas zu tun oder zu lassen (Schulz von Thun 2019)

Beispiel für eine missglückte Kommunikation:

- Frau B. macht eine ambulante Psychotherapie. Kostenträger ist die AOK Bayern. Sie geht einmal in der Woche zu einer Verhaltenstherapeutin. Sie bekommt von ihrer Therapeutin Frau Dr. Meyer regelmäßig Übungsaufgaben bzw. „Hausaufgaben“, die sie zwischen den Therapiesitzungen absolvieren soll.
- Diesmal bekommt sie jedoch keine Übungsaufgaben. Frau B. sagt zu Frau Dr. Meyer „Sie geben mir ja heute gar keine Übungsaufgaben“.
- Die Therapeutin antwortet: „Das hat schon seinen Grund“ und geht nicht weiter auf Frau B. ein (die daraufhin verstummt).

Was ist hier passiert?

Offensichtlich hat eine nicht geglückte Kommunikation stattgefunden. Was wurde kommuniziert und auf welchen Aspekt der Kommunikation ist die Psychotherapeutin Frau. Dr. Meyer nicht eingegangen?

Frau B. hat folgende vier Kommunikationsebenen vermittelt:

- **Sachebene:**
„Ich habe heute keine Übungsaufgaben bekommen.“
- **Beziehungsebene, Gefühle:**
„Ich bin deshalb beunruhigt, weil ich nicht weiß was das bedeuten soll“
- **Selbstoffenbarung:**
„Ich weiß nicht, warum das so ist.“
- **Apell:**
„Erklären Sie mir, warum das so ist.“

Die Verhaltenstherapeutin Frau Dr. Meyer hätte in ihrer Antwort auf diese Kommunikationsebenen wie folgt eingehen können:

- **Sachebene:**
„Es ist allgemein üblich, bei den Übungsaufgaben/Hausaufgaben ab und zu mal eine Woche auszusetzen.“
- **Beziehungsebene:**
„Ich verstehe, dass Sie darüber etwas beunruhigt sind, aber es hat keinen besonderen Hintergrund und hat nichts mit uns zu tun.“
- **Selbstoffenbarung:**
„Ein vorübergehendes Aussetzen bezieht sich auf praktische Therapieerfahrungen und entsprechende Studien aus den USA, von denen ich überzeugt bin.“
- **Apell:**
„Sie müssen sich deshalb keine Sorgen machen.“

Die Therapeutin hat diese Kommunikationsgrundsätze jedoch nicht beachtet, die Patientin dadurch unnötig belastet und Probleme verursacht. Das Beispiel zeigt, wie wichtig es ist auf die vier Kommunikationsebenen zu achten.

Grundsätzlich gilt: Wenn man auf der Beziehungsebene einen guten Kontakt hat, ist eine inhaltliche Einigung leichter zu erzielen - oder eine Uneinigkeit leichter zu ertragen.

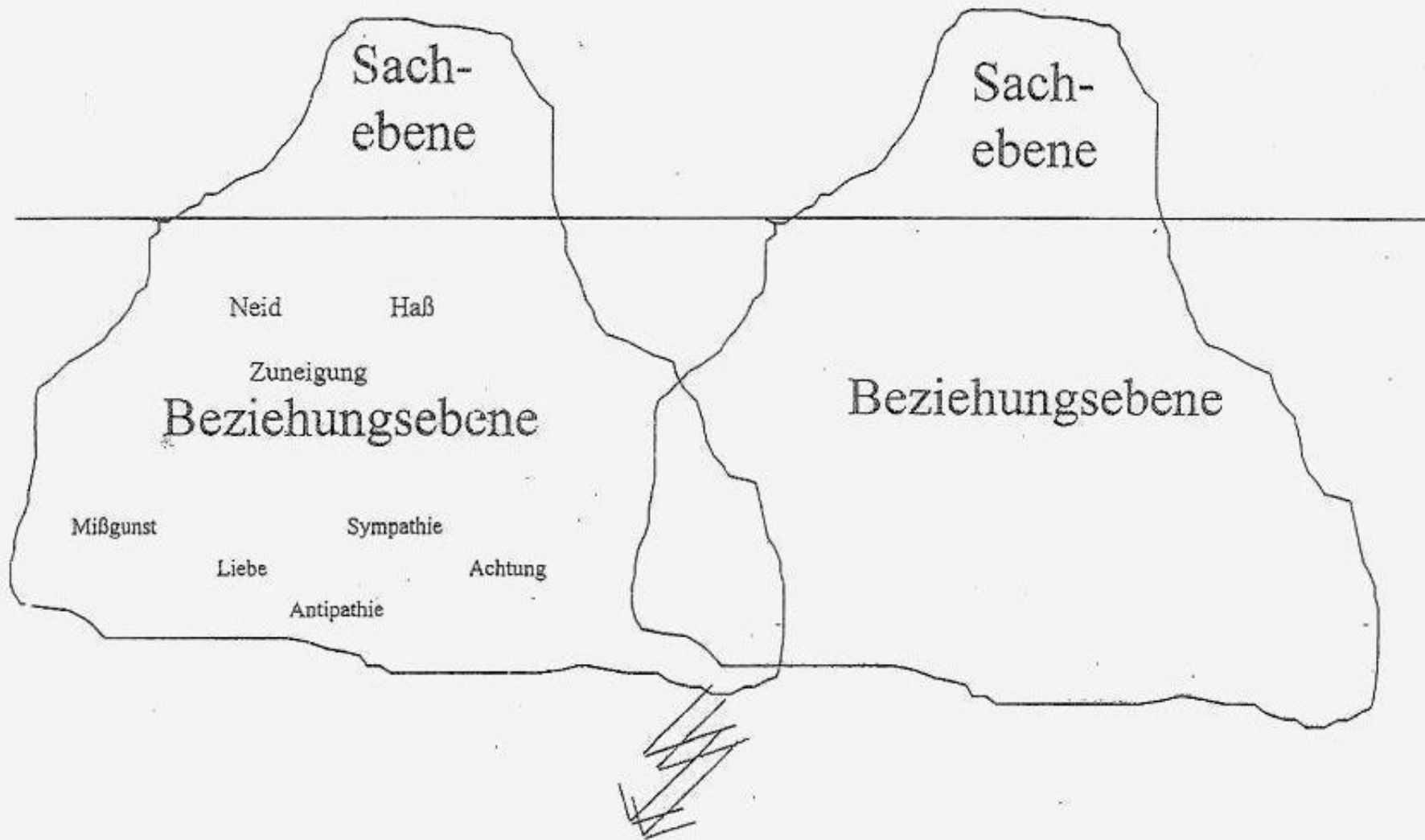
Die Therapeutin hat diese Kommunikationsgrundsätze jedoch nicht beachtet, die Patientin dadurch unnötig belastet und Probleme verursacht. Das Beispiel zeigt, wie wichtig es ist auf die vier Kommunikationsebenen zu achten.

Grundsätzlich gilt: Wenn man auf der Beziehungsebene einen guten Kontakt hat, ist eine inhaltliche Einigung leichter zu erzielen - oder eine Uneinigkeit leichter zu ertragen.

Modul 11

„Betreuungsspezifische Kommunikation und unterstützte Entscheidungsfindung bei sexuellem Missbrauch und Traumatisierungen“

Kommunikation als Eisberg



Modul 11

„Betreuungsspezifische Kommunikation und unterstützte Entscheidungsfindung bei sexuellem Missbrauch und Traumatisierungen“



Ein Mann will ein Bild aufhängen. Den Nagel hat er, nicht aber den Hammer. Der Nachbar hat einen. Also beschließt unser Mann, hinüberzugehen und ihn auszuborgen. Doch da kommt ihm ein Zweifel: Was, wenn der Nachbar mir den Hammer nicht leihen will? Gestern schon grüßte er mich nur so flüchtig. Vielleicht war er in Eile. Vielleicht hat er die Eile nur vorgeschützt, und er hat was gegen mich. Und was? Ich habe ihm nichts getan; der bildet sich da etwas ein. Wenn jemand von *mir* ein Werkzeug borgen wollte, ich gäbe es ihm sofort. Und warum er nicht? Wie kann man einem Mitmenschen einen so einfachen Gefallen abschlagen? Leute wie dieser Kerl vergiften einem das Leben. Und dann bildet er sich noch ein, ich sei auf ihn angewiesen. Bloß weil er einen Hammer hat. Jetzt reicht's mir wirklich. - Und so stürmt er hinüber, läutet, der Nachbar öffnet, doch bevor er "Guten Tag" sagen kann, schreit ihn unser Mann an: "Behalten Sie Ihren Hammer".
(Watzlawick, Paul: Anleitung zum Unglücklich sein, München 2009)

Modul 11

„Betreuungsspezifische Kommunikation und unterstützte Entscheidungsfindung bei sexuellem Missbrauch und Traumatisierungen“

Grundsätzlich:

Werden Phantasien nicht mit der Realität konfrontiert bzw. überprüft, können sie die Oberhand gewinnen!

Ergänzender Hinweis: Körpersprache

- Beispiel Mimik: Achten Sie einmal beim nächsten Meeting auf die Mimik ihrer KollegInnen. Manche schauen, als ob sie gerade einen Angehörigen verloren hätten. Kein Wunder, das viele Meetings so wenig Spaß machen. Zeigen Sie auch durch Mimik, dass Sie am Geschehen teilhaben. Ein freundlicher, entspannter Gesichtsausdruck trägt wesentlich zu einer gelungenen Kommunikation bei (damit ist natürlich kein aufgesetztes „Dauergrinsen“ gemeint).
- Meist werden sprachliche Aussagen erst in Verbindung mit dem Gesichtsausdruck eindeutig verständlich. Der Gesichtsausdruck vermittelt oft am deutlichsten die Empfindungen eines Menschen.
- Durch Blickkontakt kann der Ablauf eines Gespräches begleitet und reguliert werden. Er gibt auch Hinweise auf die Art einer Beziehung: Dominante Menschen versuchen oft andere zu fixieren und ein gesenkter Blick signalisiert Unterwürfigkeit oder Schuldgefühle.

Ergänzender Hinweis: Der kommunikative Lieblingskanal

- Die meisten Menschen bevorzugen entweder den visuellen, auditiven oder den gefühlsorientierten Wahrnehmungskanal. Obwohl inhaltlich identisch gemeint, macht es doch einen Unterschied, ob jemand sagt „Ja, das sieht gut aus“ oder „Ja, das hört sich gut an“ oder „Ja, das fühlt sich gut an“.
- Wenn Sie eine hohe Übereinstimmung mit jemanden herstellen wollen, sollten Sie herausfinden welcher kommunikativer Lieblingskanal benutzt wird und sich dann auf darauf einstellen.
- Je flexibler Sie das handhaben können, umso größer sind Ihre Erfolgsaussichten.

3. Gesprächsablauf und Fragen stellen

Fördernder Gesprächsverlauf

1. Grundhaltung:

Die eigene Sichtweise zunächst zurückstellen und sich ganz in die Sichtweise des Gegenübers hinein zu versetzen versuchen. Wie erlebt er die Situation? Welche Gefühle hat er? Wie begründet er seine Meinung? Welche Interessen bringt er zum Ausdruck? Was teilt er indirekt oder nonverbal mit?

Die Botschaft lautet dabei:

Ich möchte gerne verstehen und noch besser erfassen, was Sie meinen.

Ich bin interessiert an dem, was Sie sagen.

Fahren Sie bitte fort!

2. Passives Zuhören:

Blickkontakt, Nicken, den Körper zuneigen, Äußerungen wie „Ja“, „Genau“, „Hm“ usw.

3. Aktives Zuhören:

Hier wird in eigenen Worten wiederholt, was der andere gesagt hat. Sie prüfen damit, ob Sie ihn richtig verstanden haben. Der Gesprächspartner erhält die Möglichkeit, seine Gedanken noch deutlicher auszudrücken.

4. Gefühle ansprechen:

Hier geht es darum, die Gefühle direkt anzusprechen, die der Gesprächspartner vielleicht nur indirekt äußert oder die nonverbal mitgeteilt werden.

„Das ärgert Sie!“

„Das macht Ihnen großen Spaß!“

5. Wünsche herausarbeiten:

Wir haben auch in den schwierigen Situationen meistens eine Vorstellung von einer optimalen Lösung. Mit dem Gesprächsförderer „Wünsche herausarbeiten“ bekommt unser Gegenüber Gelegenheit, sich seiner eigentlichen Absichten bewusst zu werden. Mit der Beantwortung der Frage nach den Wünschen versetzen wir unsere Gesprächspartner oftmals in einen kraftvollen Zustand.

Beispiel:

„Was wäre denn eine gute Lösung für Sie?“

6. Zusammenfassung:

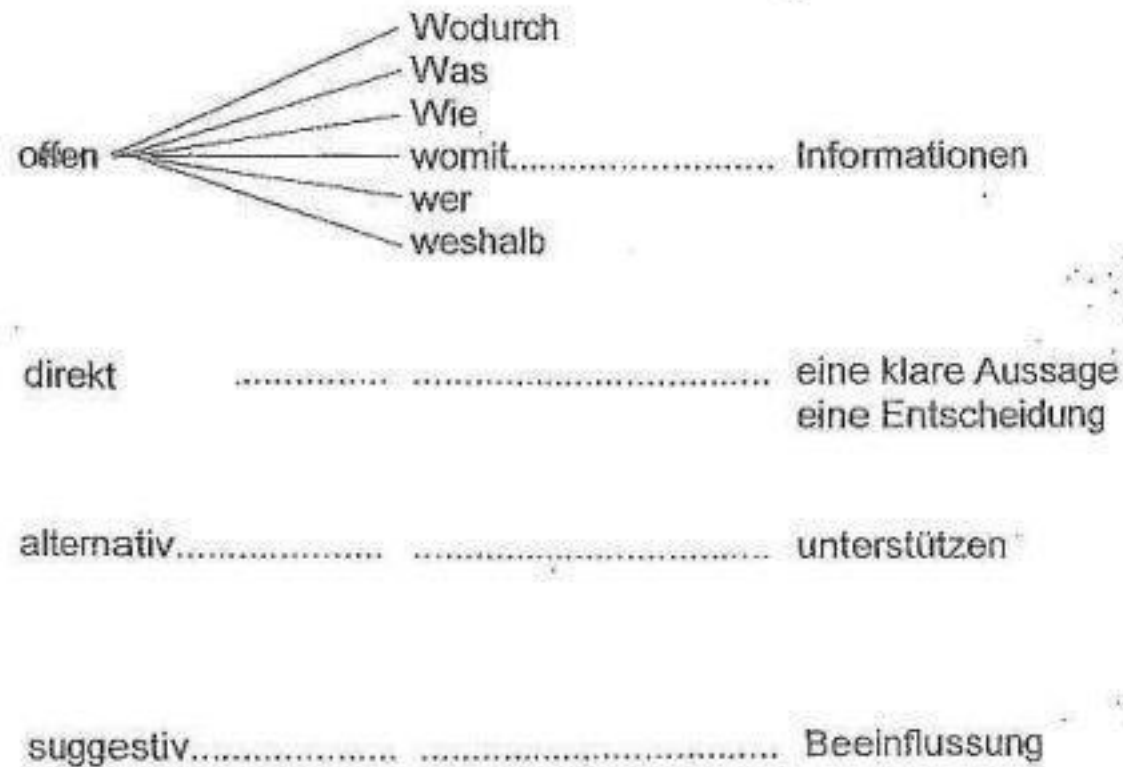
Eine besondere Form des aktiven Zuhörens ist das Zusammenfassen. Manchen Menschen fällt es schwer, ihr Anliegen präzise und knapp darzustellen. Oder es hat ein langer Austausch von Argumenten stattgefunden und das Gespräch soll jetzt auf den Punkt gebracht werden. Sie versichern sich beim Gegenüber, dass sie das Wesentliche der Aussage erfasst haben. Außerdem kann mit einer Zusammenfassung auf das Festhalten eines Ergebnisses übergeleitet werden.

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen

Fragen stellen

Art der Frage:

Ich will:



Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen

Quiz über Frageformen

- a) direkte Fragen
- b) suggestive Fragen
- c) Alternativfragen
- d) Offene Fragen

1.	Ist das heute nicht ein schöner Tag?	A	B	C	D
2.	Habe Sie einen Überweisungsschein dabei?	A	B	C	D
3.	Wie fühlen Sie sich?	A	B	C	D
4.	Waren Sie schon mal im Krankenhaus	A	B	C	D
5.	Wie ist es Ihnen da ergangen?	A	B	C	D
6.	Was hat Ihnen denn der Psychiater gesagt?	A	B	C	D
7.	Hat Ihnen das Essen auch so gut geschmeckt?	A	B	C	D
8.	Welche Beschwerden haben Sie?	A	B	C	D
9.	Wollen Sie aufstehen oder lieber liegen bleiben?	A	B	C	D
10.	Ist Schwester Erna nicht lieb?	A	B	C	D
11.	Warum wollen sie sich nicht operieren lassen?	A	B	C	D
12.	Wollen Sie die morgens oder abends meditieren?	A	B	C	D
13.	Wollen Sie eine Spritze oder Tabletten?	A	B	C	D
14.	Warum schlafen Sie so schlecht?	A	B	C	D
15.	Das ist doch eien Zumutung, nicht wahr?	A	B	C	D
16.	Was hindert Sie darnach nach Hause zu gehen?	A	B	C	D
17.	War das jetzt ihre Frau oder ihre Tochter?	A	B	C	D
18.	Warum wollen Sie nicht ins Pflegeheim?	A	B	C	D
19.	Sollen wir Sie ambulant oder stationär behandeln	A	B	C	D
20.	Wer hat Ihnen das verordnet?	A	B	C	D

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen

Auflösung Quiz Frageformen

- a) direkte Fragen
- b) suggestive Fragen
- c) Alternativfragen
- d) Offene Fragen

1.	Ist das heute nicht ein schöner Tag?	A	<input checked="" type="radio"/> B	C	D
2.	Habe Sie einen Überweisungsschein dabei?	<input checked="" type="radio"/> A	B	C	D
3.	Wie fühlen Sie sich?	A	B	C	<input checked="" type="radio"/> D
4.	Waren Sie schon mal im Krankenhaus	<input checked="" type="radio"/> A	B	C	D
5.	Wie ist es Ihnen da ergangen?	A	B	C	<input checked="" type="radio"/> D
6.	Was hat Ihnen denn der Psychiater gesagt?	<input checked="" type="radio"/> A	B	C	D
7.	Hat Ihnen das Essen auch so gut geschmeckt?	A	<input checked="" type="radio"/> B	C	D
8.	Welche Beschwerden haben Sie?	A	B	C	<input checked="" type="radio"/> D
9.	Wollen Sie aufstehen oder lieber liegen bleiben?	A	B	<input checked="" type="radio"/> C	D
10.	Ist Schwester Erna nicht lieb?	A	<input checked="" type="radio"/> B	C	D
11.	Warum wollen sie sich nicht operieren lassen?	<input checked="" type="radio"/> A	B	C	<input checked="" type="radio"/> D
12.	Wollen Sie die morgens oder abends meditieren?	A	B	<input checked="" type="radio"/> C	D
13.	Wollen Sie eine Spritze oder Tabletten?	A	B	<input checked="" type="radio"/> C	D
14.	Warum schlafen Sie so schlecht?	A	B	C	<input checked="" type="radio"/> D
15.	Das ist doch eien Zumutung, nicht wahr?	A	<input checked="" type="radio"/> B	C	D
16.	Was hindert Sie daran nach Hause zu gehen?	A	B	C	<input checked="" type="radio"/> D
17.	War das jetzt ihre Frau oder ihre Tochter?	A	B	<input checked="" type="radio"/> C	D
18.	Warum wollen Sie nicht ins Pflegeheim?	A	B	C	<input checked="" type="radio"/> D
19.	Sollen wir Sie ambulant oder stationär behandeln	A	B	<input checked="" type="radio"/> C	D
20.	Wer hat Ihnen das verordnet?	<input checked="" type="radio"/> A	B	C	D

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen

Weitere Fragearten

Einstiegsfrage	<p>Mit einer Einstiegsfrage wird versucht den Beginn des Gesprächs möglichst wenig offensiv und natürlich zu gestalten. Sie sollen <u>sympathisch</u> und ungezwungen wirken.</p> <p>„Was steht heute auf der Tagesordnung?“ „Wie war Ihre Anreise?“ „Wie war Ihr Morgen?“</p>
Begründungsfragen	<p>Begründungsfragen hinterfragen die Gründe für Entscheidungen und Verhalten. Diese Art der Fragen regen zur Handlungsreflektion und Motivoffenlegung an.</p> <p>„Warum hast du das gemacht?“ „Was war Ihr Motiv?“ „Welche Gründe hattest du für dein Handeln?“</p>
Initialfragen	<p>Initialfragen werden besonders zum Beginn von Klärungsprozessen und Planungen verwendet um die Teilnehmer zu motivieren. Sie liefern meistens eine Rangfolge.</p> <p>„Welcher Punkt ist Ihnen am wichtigsten?“ „Womit sollen wir starten?“ „Welche Priorität hat xyz?“</p>
Lösungsorientierte Fragen	<p>Lösungsorientierte Fragen können besonders in sich festgefahretem Gespräch genutzt werden. Ziel dieser Frageform ist es sich nicht mit dem Problem an sich sondern mit der Lösung des Problems zu beschäftigen. Häufig sind diese Fragen sehr direkt manchmal sogar provokant formuliert.</p> <p>„Wie kommen wir jetzt zu einer Lösung?“ „Was ist unser Ziel?“ „Was brauchen wir um das Ziel zu erreichen?“</p>

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen

Weitere Fragearten

Paradoxe Fragen	<p>Paradoxe Fragen dienen dazu neue Sichtweisen zu finden. Sie drehen den eigentlichen Sachinhalt um und Fragen nach dem Gegenteil.</p> <p><i>„Wie könnten Sie das Projekt komplett zum Scheitern bringen?“</i> <i>„Was wäre wenn Sie nur Nachtschichten hätten?“</i> <i>„Wann sind wir fertig?“</i></p>
Rückfragen	<p>Rückfragen fragen nach konkreten vielleicht bereits erwähnten oder vertiefenden Details. Der Fragende verlangt bei dieser Fragenart nach einer detaillierteren Begründung und Erläuterung. Ziel ist es hier mehr zu erfahren und vielleicht auch zwischen Wahrheit und Lügen unterscheiden zu können.</p> <p><i>„Wie genau meintest du das?“</i> <i>„Was sagtest du habt Ihr gemacht?“</i> <i>„Warum habt Ihr euch getroffen?“</i></p>
Verdeckte Fragen	<p>Verdeckte Fragen werden häufig in Bewerbungsgesprächen eingesetzt. Sie haben das Ziel vom Befragten unbemerkt eine Information zu erzielen.</p> <p><i>„Haben Sie einen Parkplatz direkt vor dem Haus gefunden? (Eigentlich: Haben Sie einen Führerschein?)“</i> <i>„Wie fanden Sie das Konzert am Wochenende? (Eigentlich: Waren Sie auf dem Konzert?)“</i> <i>„Wann kommt die Post heute? (Eigentlich: Ist mein Paket da?)“</i></p>
Vergleichsfragen	<p>Die Vergleichsfrage dient dazu dem Zuhörer das Ausmaß seines Handelns begreifbar zu machen. Als Vergleichswert können dabei bereits gelöste Probleme oder Skalen (bspw. 0-10) verwendet werden.</p> <p><i>„Wie wütend bist du auf einer Skala von 1-10?“</i> <i>„Wie geht es dir im Vergleich zu gestern?“</i> <i>„Bleibt ihr solange im Urlaub wie letztes Jahr?“</i></p>

4. Ängste, Zwänge und Phobien

Angststörung: Panikattacken:

Hiermit sind spontan auftretende „Angstanfälle“ gemeint, die nicht auf ein bestimmtes Objekt oder eine bestimmte Situation bezogen sind. Sie können prinzipiell überall auftreten und beginnen in der Regel plötzlich. Die Panikattacken können ca. 20 Minuten andauern und werden meist von starken Existenz- und Todesängsten begleitet. Die Körpersymptome können sich in Herzrasen, Erstickungsgefühlen, Brustschmerz, Schwindel etc. äußern. Die Angst zu sterben, die Angst vor Kontrollverlust oder die Angst wahnsinnig zu werden, führen nicht selten dazu notärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Angststörung: Generalisierte Angststörung:

Von einer generalisierten Angststörung spricht man, wenn die Betroffenen von „morgens bis abends“ unter diffusen Ängsten leiden, d. h. nicht genau sagen können wo vor sie eigentlich Angst haben. Die Angst ist also nicht objekt- oder situationsbezogen, daher die Bezeichnung Generalisierte Angststörung. Sie wird ebenfalls oft von somatischen Symptomen wie erhöhtem Puls, Schwindel, Mundtrockenheit, Hitzewallungen, Beklemmungsbeschwerden, Brustschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall etc. begleitet bzw. dominiert.

Es gibt eine Vielzahl von Phobien, die Angst bezieht sich hier auf ein spezifisches Objekt oder eine Situation, wie beispielsweise:

Agoraphobie:

Furcht vor öffentlichen Plätzen oder Menschenmengen, in schweren Fällen können allein keine Reisen unternommen oder die Wohnung kann nicht mehr verlassen werden.

Soziale Phobie:

Furcht vor sozialen Situationen, bei denen die Gefahr besteht im Mittelpunkt zu stehen, Furcht, sich peinlich oder beschämend zu verhalten.

Tierphobien:

Angst vor Spinnen (Arachnophobie), Hunden (Canophobie), Reptilien, Schlangen (Herpetophobie).

Situative Phobien:

Flugangst, Höhenangst, Aufzüge, Dunkelheit.

Zwangsstörung

Wesentliche Kennzeichen sind wiederkehrende **Zwangsgedanken** und **Zwangshandlungen**.

Zwangsgedanken sind ständige Ideen, Vorstellungen oder Impulse (z.B. jemanden zu verletzen). Sie sind fast immer quälend, die Betroffenen versuchen häufig erfolglos, Widerstand zu leisten. Die Zwangsgedanken werden als zur eigenen Person gehörig erlebt, selbst wenn sie als nicht nachvollziehbar oder abstoßend empfunden werden.

Zwangshandlungen oder -rituale sind Stereotypen, die ständig wiederholt werden (z.B. Waschwänge). Die Betroffenen erleben sie oft als Vorbeugung gegen ein unwahrscheinliches Unheilereignis. Im allgemeinen wird das Verhalten als sinnlos und ineffektiv erlebt und es wird immer wieder versucht, dagegen anzugehen. Angst ist meist ständig vorhanden. Werden die Zwangshandlungen unterdrückt, verstärkt sich die Angst deutlich.

Behandlungsoptionen:

- Bei Angststörungen, Phobien und Zwängen sollte eine ambulante und/oder stationäre Psychotherapie die erste Wahl sein.
- Eine Ausnahme sind schwere und psychotherapeutisch schlecht beeinflussbare Zwangserkrankungen. Hier kann ein Behandlungsversuch mit Antidepressiva angezeigt sein. (Adressenmaterial sachkundiger Ärzte siehe „Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen“, www.zwaenge.de)
- Weiterhin kann eine ambulante Behandlung durch einen Arzt für Psychosomatische Medizin (nicht Psychiatrie) erfolgversprechend sein. Eine Überweisung ist nicht erforderlich.

Beratungshinweise

- Versuchen Sie die Symptome als körperlichen Ausdruck von Not und psychischen Problemen zu verstehen. Sie sind zwar unangenehm, aber nicht wirklich gefährlich oder schädlich. Nichts Schlimmes wird geschehen.
- Mit dieser Grundhaltung Ruhe und Zuversicht vermitteln.
- Angst zulassen und als normaler Bestandteil des Lebens akzeptieren. Abwarten und der Angst Zeit geben sich abzuschwächen oder vorüberzugehen.
- Die Angst nicht bekämpfen oder davonlaufen.
- Aufklärung und Information suchen (Psychoedukation).
- Selbsthilfe und Trainingsprogramme ausprobieren.

Tipps zum Weiterlesen:

Fabian, Egon (2010): Anatomie der Angst. Ängste annehmen und an ihnen wachsen. Stuttgart

Flöttmann, Holger Bertrand (2011): Angst. Ursprung und Überwindung, 6. Auflage, Stuttgart

Peurifoy, Reneau (2006): Angst, Panik und Phobien. Ein Selbsthilfeprogramm, 3. Auflage, Bern

Stiftung Warentest (Hg.) (2010): Ängste überwinden, 2. Auflage, Berlin **Wilms,**

Bettina/Hans-Ulrich Wilms (2008): Meine Angst-eine Krankheit?, Bonn

–

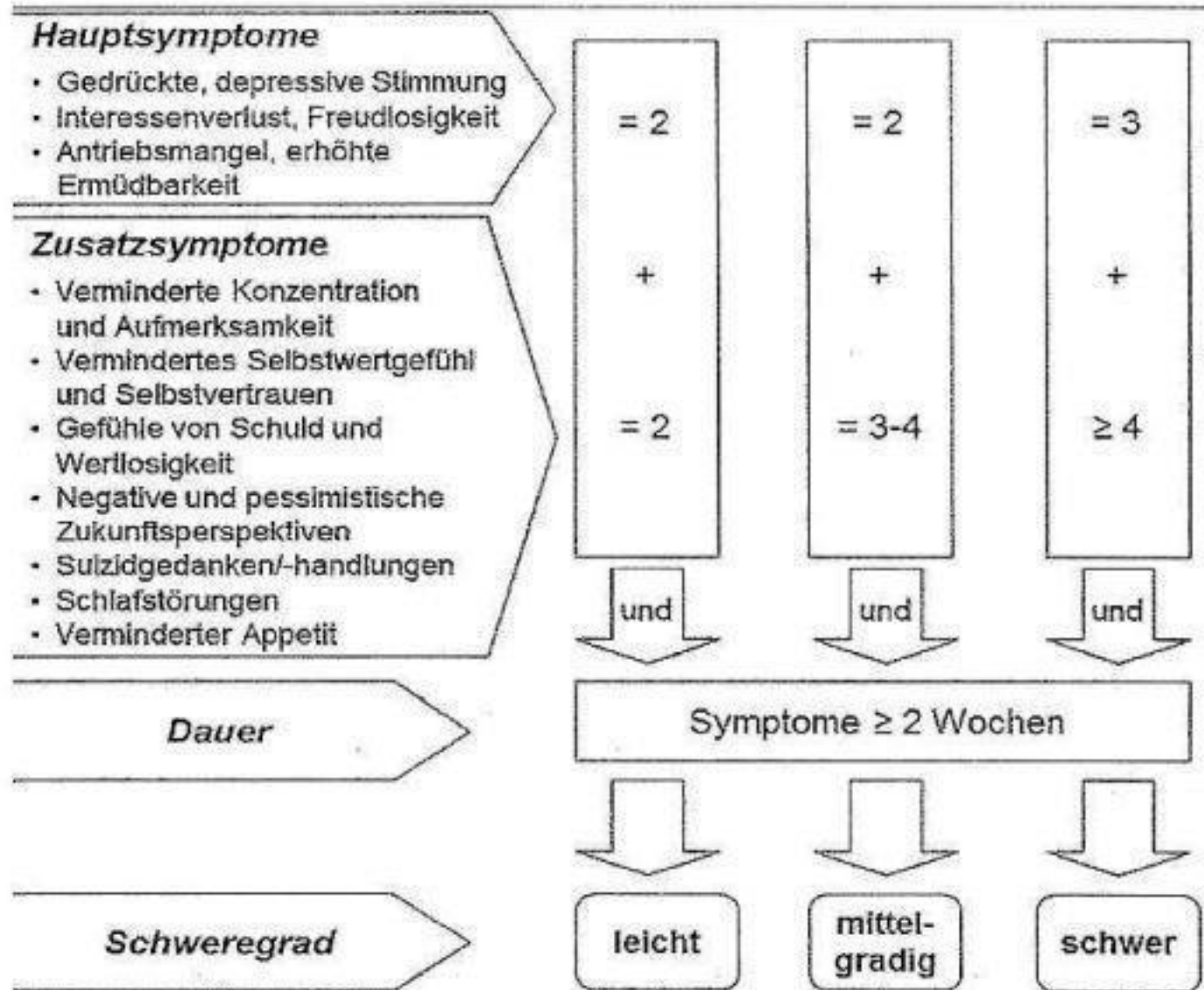
5. Depression und Burnout

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen“

„Burnout ist sehr oft nur ein besser klingender Name für eine depressive Erkrankung. Unter diesem Label fällt es zwar vielen Betroffenen leichter, sich professionelle Hilfe zu holen, was ein großer Vorteil ist, andererseits kann aber diese „Ausweichdiagnose“ zu einer Unterschätzung der Erkrankung und einer nicht immer richtigen Behandlung führen“, darauf macht Prof. Dr. Ulrich Hegerl, Vorstandsvorsitzender der Stiftung Deutsche Depressionshilfe, aufmerksam.

„Burnout ist ein Modebegriff, übrigens ausschließlich in deutschsprachigen Ländern. Problematisch ist, dass durch die Vermengung von Stress und anderen Befindlichkeitsstörungen mit der Erkrankung Depression diese verharmlost wird. Der beste Weg für den richtigen Umgang mit der Depression ist, sie bei ihrem Namen zu nennen. Wer Burnout sagt und Depression meint, verhindert oft die richtige Therapie“.

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen



Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen

Beispielfragen zur Symptomerfassung

Hauptsymptome

Depressive Stimmung

„Haben Sie sich in den letzten zwei Wochen niedergeschlagen oder traurig gefühlt?“

„Gab es Zeiten, an denen Ihre Stimmung besser oder schlechter war?“

Interessenverlust und Freudlosigkeit

„Haben Sie in der letzten Zeit das Interesse oder die Freude an wichtigen Aktivitäten (Beruf, Hobby, Familie) verloren?“

„Hatten Sie in den letzten zwei Wochen fast ständig das Gefühl, zu nichts mehr Lust zu haben?“

Erhöhte Ermüdbarkeit und Antriebsmangel

„Haben Sie Ihre Energie verloren?“

„Fühlen Sie sich ständig müde und abgeschlagen?“

„Fällt es Ihnen schwer, die Aufgaben des Alltags wie gewohnt zu bewerkstelligen?“

Zusatzsymptome

Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit

„Haben Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren?“

„Haben Sie Mühe, die Zeitung zu lesen, fernzusehen oder einem Gespräch zu folgen?“

Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen

„Leiden Sie an fehlendem Selbstvertrauen und/oder Selbstwertgefühl?“

„Fühlen Sie sich so selbstsicher wie sonst?“

Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit

„Machen Sie sich häufig Selbstvorwürfe?“

„Fühlen Sie sich häufig schuldig für alles, was geschieht?“

Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven

„Sehen Sie die Zukunft schwärzer als sonst?“

„Haben Sie Pläne für die Zukunft?“

Suizidgedanken/Suizidhandlungen

„Geht es Ihnen so schlecht, dass Sie über den Tod nachdenken oder daran, dass es besser wäre, tot zu sein?“

„Hatten oder haben Sie konkrete Pläne, sich etwas anzutun?“

„Haben Sie versucht, sich etwas anzutun?“

„Gibt es etwas, was Sie am Leben hält?“

Schlafstörungen

„Hat sich an Ihrem Schlaf etwas geändert?“

„Schlafen Sie mehr/weniger als sonst?“

Verminderter Appetit

„Hatten Sie mehr/weniger Appetit in der letzten Zeit?“

„Haben Sie ungewollt abgenommen?“

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen

Körperliche Symptome:

Appetitstörungen: Appetitlos mit Gewichtsverlust, gelegentlich auch Appetitzunahme und starker Durst.

Atmung: Engegefühl im Brustkorb, Druck auf der Brust, Atemnot, Lufthunger, flache Atmung.

Augen: Klagen über falsche oder nicht ausreichende Sehkorrekturen, chronische Entzündungen der vorderen Augenabschnitte, schlechtes Sehen, Lichtempfindlichkeit, Augenbrennen.

Blasenstörungen: Schmerzen beim Wasserlassen, häufiger Harndrang, Ziehen und Druckgefühle in der Blase, Inkontinenz.

Hals-Nasen-Ohrenbereich: Kloß- oder Würgegefühl im Hals, Druckgefühl auf den Ohren, Ohrgeräusche, Schmerzen, Verminderung des Hörvermögens ohne organischen Befund, Geräuschüberempfindlichkeit.

Haut und Schleimhäute: Zungenbrennen, unangenehmer Geschmack, Mundgeruch, Trockenheit von Nase und im Mund- und Rachenbereich, Neigung zu Verschorfung und Nasenbluten, Trockenheit der Scheidenschleimhaut, Schmerzen beim Verkehr, Hautüberempfindlichkeit, unklarer Juckreiz, die Haut ist blass.

Herzbeschwerden: Schmerzen in der Herzgegend (Stechen, Brennen, Klopfen, Druck), Herzrasen, Herzklopfen, unregelmäßiger Herzschlag.

Kopfschmerzen: Kopfdruck oder Kopfschmerzen unterschiedlicher Art, meist Druck auf oder über den Augen, Stirn- oder Hinterhauptdruck, Spannungsschmerz mit Muskelverspannungen im Nacken-Kopf-Bereich.

Kreislaufstörungen: Flimmern vor den Augen, Schwindel, Gehstörungen, Kollapsneigung.

Magen-Darm-Beschwerden: Übelkeit, Brechreiz und Erbrechen, Völlegefühl, Blähungen, Sodbrennen, belegte Zunge, Magendruck, Verstopfung und/oder Durchfall.

Muskulatur/Skelettsystem: Muskelverspannungen im Schulter- und Armbereich, Rücken- und Nackenschmerzen, Gelenkschmerzen.

Schlafstörungen: Trotz Müdigkeit Ein- und Durchschlafstörungen, frühes Erwachen, unruhiger zerhackter Schlaf, schwere Träume mit baldigem Wiedererwachen. Tagsüber meist Müdigkeit oder rasche Erschöpfbarkeit, ohne aber Schlaf finden zu können.

Sexualität: Zunehmendes Desinteresse, Libido- und Potenzstörungen (Erektionsstörungen, Frigidität), Genitalbeschwerden, Menstruationsstörungen bis zum Aufhören der Monatsblutung, Schmerzen...

Tränen- und Schweißsekretion: Versiegen der Tränensekretion, verminderte Schweißsekretion, aber auch anfallsartige Schweißausbrüche, meist nachts oder zu Beginn einer depressiven Phase.

Vegetatives Nervensystem: Hitzewallungen, Kälteschauer, Zittern, erhöhte Empfindlichkeit gegen Temperaturschwankungen, leichtes Erröten ("hektische Flecken"), kalte Hände, Arme, Füße und Beine, Erniedrigte Körpertemperatur, Blutdruckschwankungen.

Zähne: Zahnschmerzen und Probleme mit dem Zahnersatz trotz unauffälligen Befundes.

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen

Psychische Symptome:

Angstzustände: Gefühl, unerwünscht oder im Wege zu sein, nicht geliebt oder akzeptiert bzw. gar verlassen zu werden, umschriebene Befürchtungen (Phobien) oder Ängste bis hin zu Panikattacken ohne erkennbaren Grund.

Aufmerksamkeit: Verminderung, rasch erschöpfbar, unfähig, sich mit mehreren Zielen gleichzeitig zu beschäftigen.

Beziehungsstörungen: Rückgang oder gar Verlust emotionaler Beziehungen und der Gefühle zu anderen ("emotionale Entleertheit") mit Nachlassen der Erlebnisfähigkeit. Dabei ängstliches Registrieren dieser zunehmenden Distanz zur Umwelt (Gefühle von "Erkalten", "Mauer", "Graben", "wie unter einer Glasglocke").

Denkstörungen: Verlangsamtes, umständliches, mühsames, einfallsarmes Denken, das nur um wenige Themen kreist, Merk- und Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, "Leere im Kopf".

Empfindlichkeit: Übersensibel, leicht kränkbar, unzufrieden, vorwurfsvoll, Gefühl, nicht verstanden zu werden, zu wenig Zuwendung, Fürsorge oder Liebe zu bekommen.

Energielosigkeit: Passivität, Schwäche, kraftlos, leicht und schnell ermüdbar und erschöpfbar (auch schon nach kleinen Anstrengungen oder Routinearbeiten), keine Aktivität, Initiative, Antrieb, Ausdauer und Geduld bis hin zur Apathie ("Versteinerung").

Entfremdungserlebnisse: Depersonalisation ("ich bin nicht mehr ich"), Derealisation (alles wirkt unwirklich, fremd und unreal).

Entscheidungsunfähigkeit: Unschlüssig, zwiespältig, entschlussunfähig, Hin-und-hergerissen-sein, ziellos, überängstlich abwägend, fruchtlose Diskussionen, die die eigene Entscheidungsunfähigkeit kaschieren sollen (oft zermürend für Angehörige oder MitarbeiterInnen).

Freudlosigkeit: Mangelnde Fähigkeit, auf eine freundliche Umgebung oder ein erfreuliches Ereignis emotional zu reagieren, genussunfähig, lustlos, unfähig, sich unbekümmert zu freuen oder überhaupt etwas zu empfinden.

Grübelneigung: Immer die gleichen Denkinhalte bei erschwertem Gedankenwechsel, aber auch Sprunghaftigkeit, nicht am Problem bleiben, nicht zu Ende denken können, Gedankenkreisen, Grübelsucht (vor allem nach dem Früherwachen).

Hilflosigkeit: Überbewertung aller Probleme; Gefühl der Perspektive- und Hoffnungslosigkeit, vor allem Machtlosigkeit, überhaupt etwas ändern zu können (Suizidgefahr!) und damit (selbst-)zerstörerische Lebenseinstellung, unbeirrbare Suche nach Negativem.

Hypochondrische Befürchtungen: Überschätzung vorhandener und/oder nicht nachweisbarer Erkrankungen, ängstlich-überbesorgte Selbstbeobachtung mit Klagsamkeit und kaum korrigierbarer Fixierung auf entsprechende Symptome oder Erkrankungen.

Innere Leere: Absterben aller Gefühle, Gefühl der Gefühllosigkeit, alles ist wie leer, ausgebrannt, "körperlich traurig", "Ist".

Innere Unruhe: Nervosität, "wie unter Strom" stehend, Anspannung, Beschäftigungsdrang, zielloses oder rastloses Getriebensein, Klagsamkeit, anklammernd.

Interesselosigkeit: Einengung des Interessensspektrums, Interessenschwund, schließlich völlige Verarmung und Gleichgültigkeit auf allen Gebieten.

Minderwertigkeitsgefühle: Allgemeine Unsicherheit, mangelndes Selbstwertgefühl, negative Selbsteinschätzung (dabei aber andererseits überhöhte Selbstanforderung mit unkritischer Selbstüberschätzung und damit der Gefahr des vorprogrammierten Versagens), Entweder-oder-Mentalität, Gefühl von Nutzlosigkeit oder Schuld.

Mutlosigkeit: Ratlosigkeit, leicht irritierbar, pessimistisch, negative Sichtweise ("schwarze Brille"), beunruhigt über das bisherige vermeintlich zu "fordernde" Auftreten ("immer nur Glück gehabt").

Reaktionsfähigkeit: Verlangsamung, weniger im Alltag, eher im Rahmen bestimmter Anforderungen erkennbar (so können beispielsweise aktives Musizieren, Reflexe im Sport, Autofahren oder das Bedienen von Maschinen beeinträchtigt sein).

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen

Reizbarkeit: Missmutig, vermehrt irritierbar, mürrisch, aufbrausend oder gar aggressiv, versteckt oder offen feindselig.

Schuldgefühle: Überbewertung früherer oder aktueller Ereignisse (meist geringfügige Verfehlungen), schuldhaftes Verarbeiten des krankheitsbedingten Nicht-Könnens oder Versagens; Versündigungsideen, teilweise sogar Selbstanschuldigungen ohne Grund.

Störungen des Körpergefühls: Bewegungs-, Zug- und Druckgefühle im Körperinneren oder an der Körperoberfläche, Hitze- und Kälteempfindungen, Taubheitsgefühle etc.

Suizidgefahr: Lebensverneinung, Todeswünsche, die von Zukunft oder Therapieergebnis abhängig gemacht werden ("wenn man mir nicht mehr helfen kann, bleibt mir nichts anderes übrig, als mir das Leben zu nehmen"), Wunsch nach Abstand, Vergessen, Ruhe, Pause, "Schlaf" (am liebsten einschlafen und nicht mehr aufwachen), konkretere Suizidgedanken oder gezielte Suizidabsichten und -pläne.

Traurigkeit: Herabgestimmtheit, resigniert, unglücklich, bedrückt, niedergeschlagen, trostlos, deprimiert, tiefe Seufzer, Weinen, aber auch Unfähigkeit zu trauern bzw. zu weinen ("tränenlose Trauer").

Verändertes Zeiterleben: Gefühl, dass die Zeit langsamer vergeht (bis hin zum Stillstand), Gefühl der "Zeitlosigkeit".

Verarmung: Nichts vorweisen können, nichts haben, durch seine Krankheit nur Geld verbrauchen, die Krankenkasse schädigen oder die Familie der Not aussetzen.

Wahnphänomene: Sie sind bei schweren endogenen Depressionen möglich, wie depressiver Verarmungswahn, hypochondrischer Wahn, oder Versündigungswahn. Der "Zeiger der Schuld" weist bei der Depression immer auf sich selbst, bei anderen psychischen Erkrankungen dagegen auf die Umwelt.

Wahrnehmungsstörungen: Geräuschüberempfindlichkeit, Veränderungen der Geruchs- oder Geschmackswahrnehmung, Lichtüberempfindlichkeit.

Zwänge: Zwangsdanken, Zwangsbefürchtungen, Zwangshandlungen.

Psychosoziale Symptome

Begegnungen mit anderen können für die Betroffenen zur Gefahr werden, ihr Selbstwertgefühl ganz zu verlieren. Diese Ängste können so groß werden, dass sich depressiv erkrankte Menschen durch Selbstisolation zu schützen versuchen. Selbstisolation bedeutet für sie Entlastung durch den Wegfall vermeintlich prüfender Blicke und die angenommene Infragestellung durch andere Menschen. Andererseits geht dadurch natürlich die Möglichkeit verloren, positive Erfahrungen zu machen.

Es gibt eine ambivalente Situation: Nichts wird sehnlicher gewünscht als Kontakt, Wärme und Nähe zu anderen Menschen, gleichzeitig ist die Angst davor zu groß. Das Bedürfnis sich abzugrenzen und zu isolieren ist stärker. Ein völliger Abbruch der sozialen Kontakte ist aber eher selten und nur bei sehr schweren Formen von Depressionen der Fall.

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen

Geriatrische Depressionsskala (GDS)

Kreuzen Sie die entsprechende Antwort an.

- | | | | | | |
|-----|---|--------|--------------------------|----------|--------------------------|
| 1. | Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden? | Ja [0] | <input type="checkbox"/> | Nein [1] | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Haben Sie viele von Ihren Tätigkeiten und Interessen aufgegeben? | Ja [1] | <input type="checkbox"/> | Nein [0] | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Haben Sie das Gefühl, Ihr Leben sei leer? | Ja [1] | <input type="checkbox"/> | Nein [0] | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Ist Ihnen oft langweilig? | Ja [1] | <input type="checkbox"/> | Nein [0] | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Sind Sie die meiste Zeit guter Laune? | Ja [0] | <input type="checkbox"/> | Nein [1] | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Befürchten Sie, dass Ihnen etwas Schlechtes zustossen wird? | Ja [1] | <input type="checkbox"/> | Nein [0] | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Fühlen Sie sich die meiste Zeit glücklich? | Ja [0] | <input type="checkbox"/> | Nein [1] | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Fühlen Sie sich oft hilflos? | Ja [1] | <input type="checkbox"/> | Nein [0] | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Sind Sie lieber zu Hause, statt auszugehen und etwas zu unternehmen? | Ja [1] | <input type="checkbox"/> | Nein [0] | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Glauben Sie, dass Sie mit dem Gedächtnis mehr Schwierigkeiten haben als andere Leute? | Ja [1] | <input type="checkbox"/> | Nein [0] | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Finden Sie, es sei schön, jetzt zu leben? | Ja [0] | <input type="checkbox"/> | Nein [1] | <input type="checkbox"/> |
| 12. | Kommen Sie sich in Ihrem jetzigen Zustand ziemlich wertlos vor? | Ja [1] | <input type="checkbox"/> | Nein [0] | <input type="checkbox"/> |
| 13. | Fühlen Sie sich voller Energie? | Ja [0] | <input type="checkbox"/> | Nein [1] | <input type="checkbox"/> |
| 14. | Finden Sie, dass Ihre Situation hoffnungslos ist? | Ja [1] | <input type="checkbox"/> | Nein [0] | <input type="checkbox"/> |
| 15. | Glauben Sie, die meisten anderen Leute haben es besser wie Sie? | Ja [1] | <input type="checkbox"/> | Nein [0] | <input type="checkbox"/> |

Total Punkte:

0 – 5 Punkte: normal

5 – 10 Punkte: leichte bis mässige Depression

11 – 15 Punkte: schwere Depression

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen

Abgrenzung Demenz gegen Depression.

Demenz	Depression
<ul style="list-style-type: none">- beginnt schleichend, heimtückisch- schreitet stetig weiter fort- desorientiert- Wortfindungsstörungen- verleugnet Vergesslichkeit- antwortet knapp daneben- gleichmäßige Leistungsminderung- nachts unruhig- beschuldigt andere- Bestehungs-ideen	<ul style="list-style-type: none">- beginnt schneller- verläuft ungleichmäßig- orientiert, Denken gehemmt- im Sprechen gehemmt- überbewertet sie, klagt viel darüber- antwortet »weiß nicht«- Leistungsschwankungen- schlaflos- beschuldigt sich, Versagensangst- Schuld-/Krankheits-/Armutswahn

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen

Fragebogen Depressionstest

(nach Goldberg)

0 = trifft überhaupt nicht zu; **1** = trifft fast nicht zu;
2 = trifft etwas zu; **3** = trifft mäßig zu;
4 = trifft ziemlich stark zu; **5** = trifft sehr stark zu

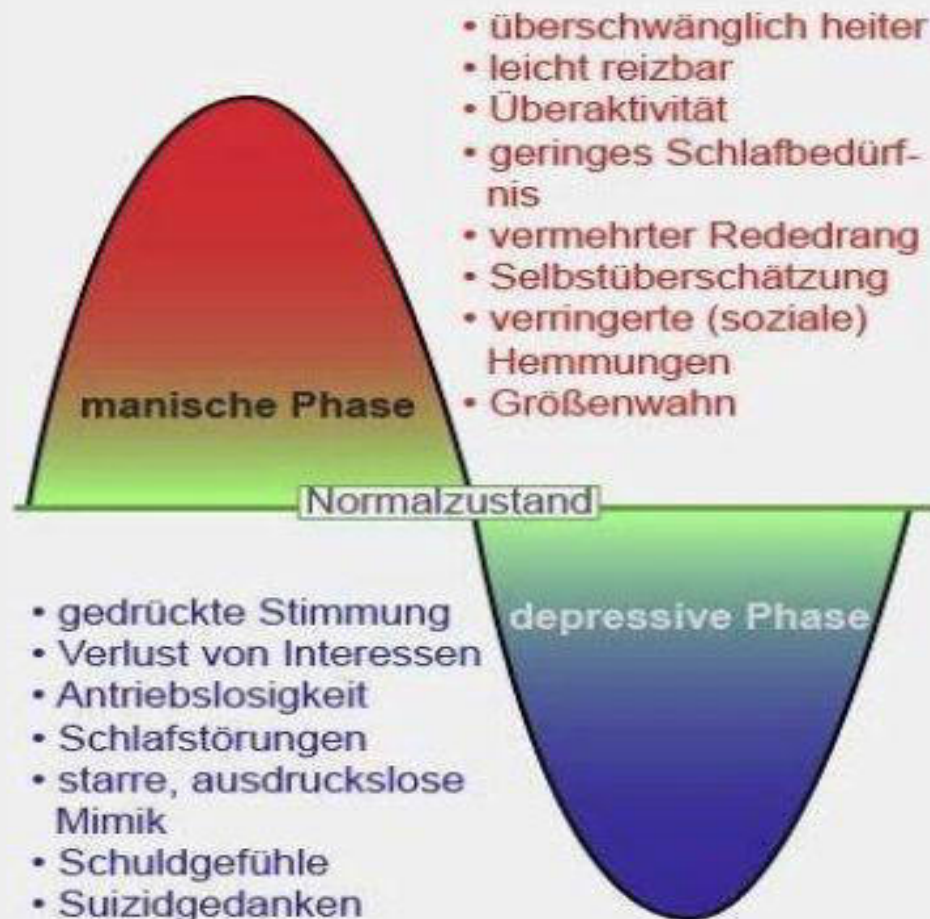
1. Ich verrichte meine Tätigkeiten langsam.
2. Ich sehe hoffnungslos in die Zukunft.
3. Ich kann mich schwer auf das Lesen konzentrieren.
4. Ich habe an meinem Leben kein Vergnügen und keine Freude mehr.
5. Ich habe Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen.
6. Ich habe das Interesse an Dingen verloren, die mir sonst wichtig waren.
7. Ich fühle mich traurig, niedergeschlagen und unglücklich.
8. Ich bin unruhig und laufe ziellos hin und her.
9. Ich fühle mich müde und erschöpft.
10. Es kostet mich große Mühe, einfache Dinge zu erledigen.
11. Ich habe Schuld auf mich geladen und verdiene Bestrafung.
12. Ich fühle mich als Versager.
13. Ich fühle mich innerlich leer, wie abgestorben.
14. Ich habe Schlafstörungen (schlafe zu wenig, zu viel oder unruhig).
15. Ich überlege mir, wie ich mich umbringen könnte.
16. Ich fühle mich gefangen und eingeschlossen.
17. Ich fühle mich depressiv, auch wenn schöne Dinge passieren.
18. Ich habe ohne eine Diät abgenommen.

	0	1	2	3	4	5
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ergibt sich die Summe 15 oder mehr, könnte dies ein Hinweis für Sie sein, dass Sie einen Arzt oder Psychotherapeuten aufsuchen sollten. Wenn Sie bereits wegen Ihrer Depression behandelt werden, könnte Ihnen dieser Test dabei helfen, Ihre Fortschritte festzuhalten. Sie können den Test kopieren und regelmäßig ausfüllen (z. B. wöchentlich), um ihn dann

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen

Symptome in den beiden Phasen der Bipolaren Störung



Bei einer bipolaren Störung schwankt die Stimmung in den verschiedenen Krankheitsphasen stark zwischen Manie und Depression

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen“

Betroffene einer bipolaren Störung weisen außerordentlich gegenläufige Ausprägungen von Stimmung, Aktivität und Antrieb auf. Manische (Hoch-)Phasen wechseln sich mit depressiven (Tief-)Phasen ab, ohne dass dies willentlich kontrolliert werden kann.

Merkmale der Manie sind u. a. gesteigerte Aktivität, Rastlosigkeit, Rededrang, Ideen- und Gedankensprünge, geringe Konzentrationsfähigkeit sowie rücksichtsloses oder tollkühnes Verhalten. Bei schweren Manien können Symptome einer Psychose hinzukommen, etwa Größen- oder Verfolgungswahn. Die depressive Episode ist u. a. gekennzeichnet durch Antriebslosigkeit, tiefe Niedergeschlagenheit, Selbstzweifel, Schuldgefühle, Schlafprobleme, Appetitlosigkeit, erhöhte Suizidgefahr. Die bipolare Störung ist eine ernst zu nehmende psychische Erkrankung, keine Folge schlechter Lebensführung oder bloße Launenhaftigkeit. Entsprechend beginnt der Weg der Linderung mit einer fachlich fundierten Diagnose – zum Beispiel durch einen Psychiater, der alle weiteren therapeutischen Schritte einleiten kann.

Wenn Sie Anzeichen einer bipolaren Störung zu erkennen glauben, sprechen Sie mit dem Betroffenen. Resignieren Sie nicht, wenn es bis zur tatsächlichen Konsultation eines Arztes eine geraume Zeit dauern kann: Vor allem die fehlende Krankheitseinsicht während der manischen Episode – Betroffene fühlen sich nicht krank, schließlich sind sie voller Energie und Tatendrang – erschwert das Bewusstsein, dass etwas ganz und gar nicht stimmt. Hilfreich kann es in solchen Situationen sein, zu warten, bis die akute Phase abgeklungen ist und der Betroffene wieder zugänglicher für Ihr Zuraten ist.

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen

FRAGEBOGEN ZUR BIPOLAREN STÖRUNGEN



DGBS
Deutsche Gesellschaft für
Bipolare Störungen e.V.

Zwischen Manie und Depression:
Bipolare Störung - was nun?
Ein Ratgeber für Betroffene,
Angehörige und Interessierte

Die nachstehenden Fragen können Ihnen zur Selbsteinschätzung Ihres persönlichen Befindens dienen. Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch und kreuzen Sie jeweils die Antwort an, die auf Sie am besten zutrifft:

I. Gab es einmal einen Zeitabschnitt in Ihrem Leben, in dem Sie anders fühlten und handelten als sonst und in dem...

1. ... Sie so gehobener Stimmung waren, dass Ihre Mitmenschen den Eindruck hatten, Sie seien anders als sonst, ... oder Sie aufgrund der gehobenen Stimmung Schwierigkeiten mit Ihren Mitmenschen bekamen? Ja Nein
2. ... Sie sich so gereizt fühlten, dass Sie Mitmenschen anschrien oder in Streitigkeiten oder Handgreiflichkeiten verwickelt wurden? Ja Nein
3. ... Sie sich sehr viel selbstbewusster fühlten als gewöhnlich? Ja Nein
4. ... Sie weniger Schlafbedürfnis hatten? Ja Nein
5. ... Sie mehr Rededrang verspürten oder schneller sprachen als sonst? Ja Nein
6. ... Ihre Gedanken zu rasen begannen? Ja Nein
7. ... Sie so schnell abgelenkt wurden von äußeren Ereignissen, dass Sie sich nicht mehr konzentrieren konnten? Ja Nein
8. ... Sie viel mehr Energie hatten als sonst und sich leistungsfähiger fühlten? Ja Nein
9. ... Sie deutlich mehr Aktivitäten durchführten als gewöhnlich? Ja Nein
10. ... Sie geselliger waren als sonst oder Sie weniger soziale Hemmungen hatten (z.B. mitten in der Nacht einen Freund anrufen) Ja Nein
11. ... Sie mehr Interesse an Sex hatten als sonst? Ja Nein
12. ... Sie Dinge taten, die für Sie untypisch sind bzw. von denen Mitmenschen sagten, sie seien übertrieben, leichtsinnig oder riskant? Ja Nein
13. ... Sie so viel Geld ausgaben, dass Sie sich selbst oder Ihre Familie in finanzielle Schwierigkeiten brachten? Ja Nein

II. Haben Sie mehr als eine Frage mit „Ja“ beantwortet? Wenn ja: Sind manche der oben genannten Symptome innerhalb desselben Zeitabschnitts aufgetreten? Ja Nein

III. Wie problematisch schätzen Sie die Schwierigkeiten ein, die Ihnen durch diese Erlebens- und Verhaltensweisen erwachsen sind, z.B. familiäre Schwierigkeiten, finanzielle oder rechtliche Probleme, Streitigkeiten oder Handgreiflichkeiten? nicht problematisch problematisch

Sollten Sie Ihre persönliche Einschätzung als „problematisch“ bewerten, möchten wir Ihnen empfehlen, mit Ihrem Hausarzt, einem Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder einem Psychologischen Psychotherapeuten Kontakt aufzunehmen.

Unter <https://dgbs.de/service/dgbs-materialien> können Sie diesen Fragebogen herunterladen und ausdrucken.

In der manischen Phase

Im Umgang mit dem Betroffenen stehen Helfer entsprechend dem Krankheitsbild vor extremen, meist konträren Herausforderungen. In einer akuten manischen Phase ist dies der Umgang mit einem oftmals aggressiven Kommunikationsstil des Gegenübers, der mit fallenden Hemmungen und Selbstüberschätzung zu erklären ist. Auch konkrete Probleme wie unverhältnismäßige Geldausgaben, die in vielen Fällen charakteristisch für die manische Phase des Betroffenen sind, sind sehr belastend. Konflikte in der Akutphase zu lösen, ist meist aussichtslos. Gewinnbringender ist es, zu warten, bis die Manie vorüber ist, um dann etwaige Problematiken erneut anzugehen und wenn möglich Vorkehrungen für die Zukunft zu treffen. Reizabschirmung, auf ausreichenden Schlaf des Betroffenen achten und gegebenenfalls Rücksprache mit dem behandelnden Arzt halten, sind im Grunde die einzigen aktiven Hilfestellungen, die Sie während dessen tatsächlich gewähren können.

In der depressiven Phase

Dem gegenüber steht die Konfrontation mit Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung bis hin zu Suizidgedanken. Helfer machen die schmerzliche Erfahrung, dass ihre Aufmunterungsversuche kein positives Umdenken bewirken. Dies wiederum ist symptomatisch für diese Episode, da Denken, Fühlen und Handeln des Betroffenen von der Depression bestimmt werden. Während der depressiven Phase ist es für Betroffene eine Hilfe, wenn der Tag klar strukturiert ist. Dabei können Sie unterstützend zur Seite stehen, dies kann auch schon mal heißen, dass bestimmte Dinge organisiert bzw. übernommen werden.

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen“



DGBS
Deutsche Gesellschaft für
Bipolare Störungen e.V.

Über uns

Termine

News

Die Bipolare Störung

Informationen zur Bipolaren Störung, Diagnostik und Behandlung

Mehr Informationen

Service und Beratung

Beratungsangebote, Infomaterial zum Download, Gütesiegel und mehr

Mehr Informationen

Selbsthilfe

Bedeutung der Selbsthilfe und Suchfunktion für Selbsthilfegruppen

Mehr Informationen

Spezielle Informationen

für Betroffene, Angehörige, (betroffene) Profis, Interessierte...

Mehr Informationen

DGBS Kreativ

Die künstlerische Seite der Bipolaren Störung

Mehr Informationen

Die DGBS

Über die triadische Fachgesellschaft

Mehr Informationen

Mediathek

Presseartikel, TV- und Rundfunkbeiträge

Mehr Informationen

Mitgliederbereich

Archiv von Newsletter, InBalance und mehr

Mehr Informationen

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen“

Standards Depressionstherapie

Psychotherapie:

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Analytische Psychotherapie
- Verhaltenstherapie
- Psychosomatische Grundversorgung
- Gesprächsführung

Soziales Umfeld/Arbeit:

- Angehörigenberatung
- Selbsthilfegruppen
- Berufliche Teilhabe/Integration

Patient

Ergänzende Hilfen:

- Ergotherapie
- Bewegung, Sport, Massagen
- Entspannungsverfahren

Medizinische Behandlung:

- Antidepressiva
- Lichttherapie
- Schlafentzug
- Elektrokampftherapie (EKT)
- Depressionsstationen

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen

Hinweise für den MDK

Informationsdienst Wissenschaft - idw - Pressemitteilung
Stiftung Deutsche Depressionshilfe, Susanne Janicke, 01.09.2013 09:00

„Wissensfortschritte und Irrtümer zur Erkrankung Depression“

Was ist eine Depression? Auf diese Frage folgen sehr unterschiedliche Antworten, je nach persönlicher Erfahrung und Wissen. Verbreitet ist die Meinung, Depression vor allem als nachvollziehbare Reaktion auf die Bitternisse des Lebens und nicht als eigenständige Erkrankung aufzufassen. Einige verbreitete, aber irreführende, Vorstellungen zur Erkrankung Depression werden richtiggestellt:

Nehmen Depressionen zu?

Die Statistiken der Krankenkassen zeigen eine Zunahme an Arbeitsunfähigkeitstagen wegen Depression und auch die Statistiken der Rentenversicherungsträger erwecken den Eindruck, dass dies zu bejahen ist. Dies stimmt aber nicht mit entsprechenden epidemiologischen Untersuchungen überein. Hinter der Zunahme in den Statistiken dürfte die sehr wünschenswerte Entwicklung stehen, dass

- sich mehr Erkrankte professionelle Hilfe holen,
- Ärzte Depressionen besser erkennen und behandeln, und, vermutlich am wichtigsten,
- Depressionen auch Depressionen genannt und nicht hinter weniger negativ besetzten Ausweichdiagnosen wie chronischer Rückenschmerz, Tinnitus, Fibromyalgie, etc. versteckt werden. Hierfür spricht auch der beachtliche Rückgang der Suizide (Selbsttötungen) in Deutschland von jährlich ca. 18.000 Anfang der 80er Jahre auf heute ca. 10.000.

Depressionen sind und waren häufig, wobei dies heute besser sichtbar wird.

Arbeit ist häufig Ursache für Depressionen?

Verdichtung und Beschleunigung in der Arbeitswelt sind offensichtlich und durch neue Medien verfolgen uns Arbeitsprobleme bis in die Freizeit und den Urlaub hinein. Dies ist unbestreitbar. Ob es hierdurch zum vermehrten Auftreten von Depressionen kommt ist jedoch keineswegs klar. So sind Depressionen bei Berufstätigen keineswegs häufiger als bei anderen Personengruppen, bei Teilzeitbeschäftigten häufiger als bei Vollzeitbeschäftigten, und von einer generellen Zunahme depressiver Erkrankungen kann, wie oben ausgeführt, nicht ausgegangen werden. Zudem stellt Arbeit für viele Menschen eher einen Schutzfaktor bezüglich depressiver Erkrankungen dar.

Ausschlafen und Urlaubmachen hilft gegen Depression?

Jeder depressiv Erkrankte fühlt sich erschöpft und ausgebrannt. Die große Mehrheit leidet unter hartnäckigen Schlafstörungen. Trotzdem ist jedem depressiv Erkrankten dringend von einem Urlaubsantritt abzuraten, da die Depression mitreist und sich durch den Urlaub nicht bessert. Auch kann langer Schlaf zu einer Verschlechterung der Depression führen. Schlafentzug ist hingegen eine bestens belegte und sehr wirksame antidepressive Maßnahme, die den Betroffenen in vielen Kliniken routinemäßig angeboten wird.

Depression ist keine richtige Erkrankung?

Jeder Mensch kennt Sorgen, Bedrücktheit, das Gefühl der Überforderung, der Erschöpfung am Morgen, der Trauer und andere völlig gesunde Reaktionen, auf die oft bitteren Umstände des Lebens. Dem Fachmann ist es gut möglich, ein nachvollziehbares Stimmungstief mit Bedrücktheit oder Trauer von einer behandlungsbedürftigen Depression abzugrenzen.

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen“

Hinweise für den MDK

Tabelle 2: Leitlinienorientierte Behandlung bei depressiven Erkrankungen

Frage	Diagnose	Empfehlungen aus Leitlinie	Indikator für Leitlinienabweichung	Hinweis auf
2a	Leichte Depression ohne psychische Komorbidität	Aktiv-abwartende Begleitung, ggf. Einleitung einer Psychotherapie	Vorrangige Therapie mit Antidepressiva	Fehlversorgung
2b	Leichte / mittelgradige Depression ohne psychische Komorbidität	Monotherapie (Psychotherapie oder Antidepressivum)	Stationäre Behandlung	Fehl- und Überversorgung
2c	Mittelgradige und schwere Depression und Dysthymie	Monotherapie (Psychotherapie oder Antidepressivum), mind. eine der beiden Therapien ist indiziert	Weder ausreichende Monotherapie (Psychotherapie oder Antidepressivum) noch stationäre Behandlung	Unterversorgung
2d	Schwere Depression	Kombinationsbehandlung aus Antidepressivum und Psychotherapie	Keine ausreichende Kombinationsbehandlung oder Monotherapie (Psychotherapie oder Antidepressivum) oder stationäre Behandlung	Unterversorgung
2e	Chronifizierte Depression	Kombinationsbehandlung aus Antidepressivum und Psychotherapie	Keine ausreichende Kombinationsbehandlung oder Monotherapie (Psychotherapie oder Antidepressivum) oder stationäre Behandlung	Unterversorgung

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen

Beratungshinweise:

- Nicht nach dem Motto an den Willen appellieren „sich zusammenreißen“ oder „es ginge schon, wenn nur gewollt würde“. Hilfreich ist, spüren zu lassen, dass die Betroffenen nicht für Versager gehalten werden, die unfähig und unwillig sind.
- Die negativen Körperempfindungen/-symptome der Betroffenen nicht bagatellisieren oder auszureden versuchen („der Arzt hat ja nichts gefunden, Du bildest Dir das also nur ein“). Die vegetativ bedingten Beschwerden sind für den Betroffenen real und haben nichts mit Hypochondrie zu tun.
- Die momentane Hoffnungslosigkeit als Symptom der Depression verstehen und Hoffnung auf Heilung geben.
- Keine wichtigen Entscheidungen während der Erkrankung bzw. während laufender Behandlungen. Unter dem Druck der Symptome werden sie dann oft zum eigenen Nachteil getroffen und bereut, können dann aber nicht mehr rückgängig gemacht werden.
- Während der Erkrankung kein längerer Aufenthalt in fremder Umgebung oder gar Urlaub. Die Depression reist mit und aufgrund selektiver Wahrnehmungen von Menschen, denen es besser geht, verschlechtert sich oft die Erkrankung. Sogar die Suizidgefahr kann steigen
- Auch wenn es schwer fällt: Auf eine Tagesstrukturierung achten (Aufstehen, Körperpflege, Essen, Nachtruhe etc.).
- Einführendes Verständnis zeigen, wenn Dinge nicht bewältigt werden können und Unterstützung (Lob) zeigen, wenn Aufgaben angegangen werden.

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen“

Zehn Tipps für Partner und Freunde

Eine Depression ist eine ernsthafte Erkrankung, unter der nicht nur die Betroffenen leiden. Auch für Angehörige und Freunde ist dies eine schwierige und anstrengende Zeit; häufig wissen sie nicht, wie sie sich dem Depressiven gegenüber am besten verhalten sollen.

Erkennen Sie die Schwere der Krankheit an

Wenn Menschen ihre Ängste nicht mehr im Griff haben, wenn eine Depression ihre Persönlichkeit drastisch verändert, kann auch ein noch so hingebungsvoller Einsatz von Angehörigen das Leiden nicht besiegen. Wie bei anderen schweren Erkrankungen ist die Hilfe eines Profis nötig. Ermutigen Sie den Betroffenen, einen Arzt oder Psychotherapeuten aufzusuchen, unterstützen Sie ihn dabei, einen ersten Termin zu machen. Ist dieser Schritt getan, haben Sie schon eine Menge erreicht.

Unterschätzen Sie Ihren Einfluss nicht

Angehörige sind extrem wichtig. Sie können die Therapeuten in ihrer Arbeit spürbar unterstützen. Sie können es ihm aber durch falsches Verhalten auch schwerer machen, im schlimmsten Fall sogar alles wieder zunichtemachen, was zuvor in der Therapie aufgebaut wurde.

Informieren Sie sich

Machen Sie sich über das Krankheitsbild Ihres Angehörigen schlau. Wissen schützt vor falschen Erwartungen. Es hilft zu verstehen, dass Aggressionen und Zurückweisung Symptome einer Depression sind und nicht Ausdruck von Lieblosigkeit. Und es gibt Ihnen Sicherheit im Umgang mit dem Kranken, wenn Sie wissen, wie Sie ihn unterstützen können und mit welchen Verhaltensweisen Sie die Heilung erschweren. Nehmen Sie deshalb nach Möglichkeit auch Einladungen des Therapeuten zu gemeinsamen Gesprächen an.

Motivieren Sie

Einem Depressiven können Sie helfen, indem Sie ihn dabei unterstützen, die Aufgaben des Alltags zu erledigen, wenn er selbst nicht mehr dazu fähig ist. Aber Sie tun ihm keinen Gefallen, wenn Sie ihm dauerhaft alles abnehmen. Denn Aktivierung ist Teil der Behandlung. Ermuntern Sie ihn deshalb behutsam zu kleinen Aktivitäten. Es nützt ihm, von depressiven Gedanken und Grübeleien abgelenkt zu werden. Und es unterstützt ihn dabei, sein Verhalten mehr und mehr zu ändern. Achten Sie darauf, dass der Kranke Medikamente regelmäßig nimmt und Therapietermine einhält. Angstsymptome nehmen durch Training ab, also indem sich der Betroffene wiederholt der auslösenden Situation stellt. Einem Angstkranken hilft es deshalb, wenn Sie Ihre Unterstützung schrittweise abbauen. Motivieren Sie ihn, in bewältigbare angstbesetzte Situationen zu gehen und sie auszuhalten.

Überfordern Sie nicht

Das richtige Maß zwischen Motivation und Überforderung zu finden kann zur Gratwanderung werden. Erwarten Sie nichts, was der Kranke im Moment nicht leisten kann. So ersparen Sie sich und ihm Frustration. Verzichtern Sie darauf, von einem depressiven Partner die Befriedigung Ihrer Bedürfnisse einzufordern, das gilt auch für Intimität. Setzen Sie einen Angstkranken nicht eisern unter Druck, sich in eine von ihm als bedrohlich empfundene Situation zu begeben – unter Umständen bewirken Sie sonst, dass er von seiner Angst überwältigt wird und sich sein Leiden verstärkt.

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen

Achten Sie auf Ihre Wortwahl

Aus Unwissen oder Ungeduld geben Angehörige und Freunde seelisch Kranken oft gut gemeinte, aber nutzlose und mitunter schädliche Ratschläge wie:

- Kopf hoch, das ist doch alles gar nicht so schlimm.
- Stell dich nicht so an.
- Du brauchst eigentlich nur mal Urlaub.
- Reiß dich mal zusammen.
- So schlimm kann es gar nicht sein.
- Lach doch mal

Versuchen Sie, konstruktiv zu reagieren. Statt eines Vorwurfs, beispielsweise weil eine geplante gemeinsame Aktivität zu platzen droht, könnten Sie antworten: "Okay, dir geht es jetzt nicht so gut. Aber wir haben darüber gesprochen, dass es dir hilft, wenn wir rausgehen. Würdest du deshalb jetzt mit mir rausgehen?" Hilfreich ist, dem Betroffenen wiederholt zu sagen, dass Depressionen und Angststörungen nichts mit Willensschwäche zu tun haben, sondern Krankheiten sind, die behandelbar sind. Dass Sie zu ihm stehen und ihn unterstützen werden, dass Sie ihn nicht verlassen werden.

Reden Sie mit Freunden und Familie

Eine seelische Erkrankung beeinträchtigt häufig den Kontakt und das Verhältnis zu Freunden und Familienmitgliedern. Der Erkrankte zieht sich zurück, Menschen aus seinem Umfeld reagieren mitunter verstört auf die Symptome des Leidens. Besprechen Sie mit dem Betroffenen, welche Personen Sie über die Diagnose informieren, um so deren Verständnis und Unterstützung zu gewinnen. Auch mit Ihren Kindern sollten Sie reden, sofern das Miteinander mit ihnen beeinträchtigt ist. Schon kleinen Kindern kann man vermitteln, dass ein Elternteil krank ist und sich deswegen anders verhält als gewohnt.

Nehmen Sie Suizidgedanken ernst

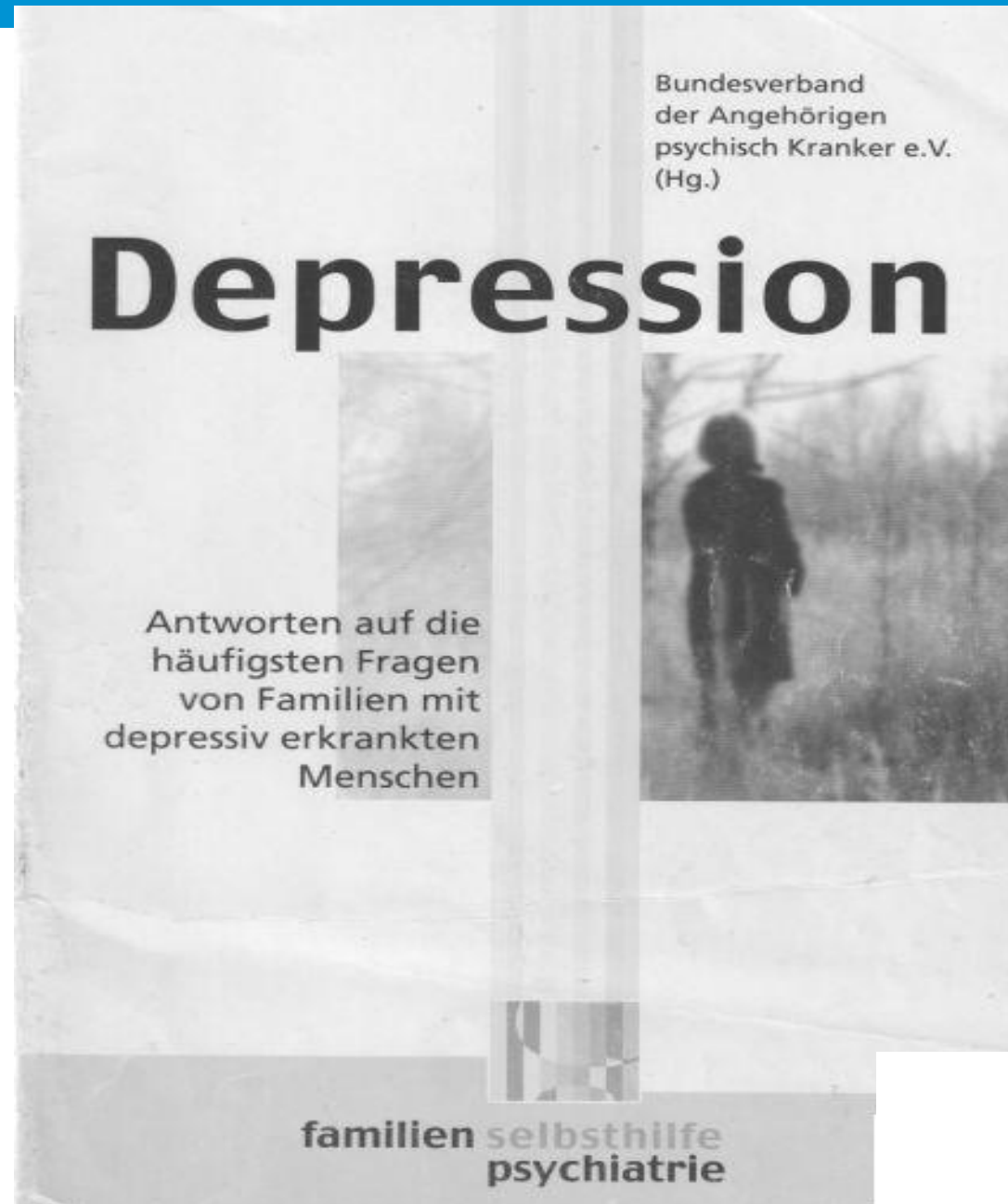
Wen würde es kaltlassen, wenn ein Freund oder Angehöriger laut über Selbsttötung nachdenkt oder sie gar androht? Tatsächlich müssen solche Äußerungen ernst genommen werden, sie sind immer ein Zeichen dafür, dass der Betroffene große Schwierigkeiten hat. Gehen Sie darauf ein, hören Sie zu, überreden Sie ihn, seine Gedanken mit einem Arzt oder Therapeuten zu besprechen. In akuten Situationen kann es helfen, einen Vertrag zu schließen, in dem der Schwermütige sich verpflichtet, sich nichts anzutun, bevor er mit einem Therapeuten gesprochen hat. Ist der Depressive nicht dazu bereit, sich helfen zu lassen, dann schrecken Sie nicht davor zurück, zum Beispiel selbst beim Arzt oder Therapeuten anzurufen, notfalls auch bei der Polizei. Das gilt vor allem dann, wenn Sie ein auffälliges Verhalten beobachten wie etwa das Horten von Medikamenten.

Erlauben Sie sich Ihre Gefühle

Wenn jemand, der Ihnen viel bedeutet, an Depressionen oder einer Angsterkrankung leidet, empfinden Sie möglicherweise Gefühle wie Traurigkeit, Wut, Verärgerung und Frustration. Um helfen zu können, ist es wichtig, zu verstehen und zu akzeptieren, dass Sie diese Gefühle haben. Geben Sie dem Kranken keine Schuld daran, dass Sie sich so fühlen. Und seien Sie nicht zu streng mit sich, wenn Sie unter dieser Belastung nicht immer perfekt reagieren. Teilen Sie Ihre Sorgen mit Freunden. Überlegen Sie, ob Ihnen eine Angehörigengruppe guttut. Dort finden Sie Verständnis und bekommen praktische Tipps für den Alltag.

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen“

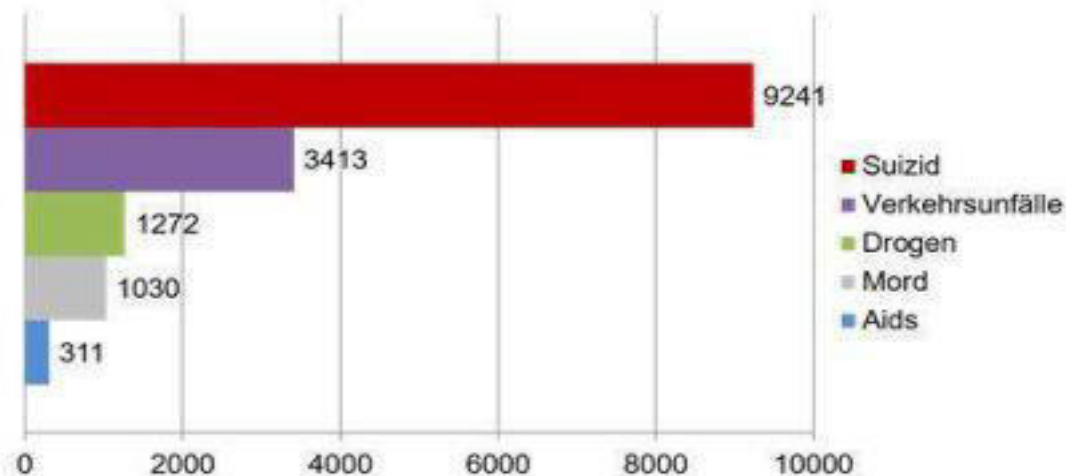
Bezug: www.bapk.de



Suizidthematik: Häufigkeit

In Deutschland versterben jährlich ca. 10.000 Menschen durch Suizid. Das sind mehr Menschen, als im Verkehr (ca. 3.500), durch Drogen (ca. 1.200) und durch AIDS (ca. 400) zu Tode kommen (Statistik 2015). Die Zahl der Suizidversuche ist schätzungsweise 15- bis 20-mal so hoch. Zwei von drei Suiziden werden von Männern verübt. Insbesondere ältere Männer haben ein erhöhtes Risiko. Bei den Suizidversuchen sind hingegen junge Frauen gefährdet. Auch wenn die Suizidzahlen seit den 90er Jahren insgesamt abgenommen haben, ist Suizidprävention nach wie vor dringend notwendig.

Todesursachen im Vergleich: BRD 2017



An welchen Wochentagen und zu welcher Jahreszeit häufen sich Suizide? US-Studie bringt überraschende Befunde

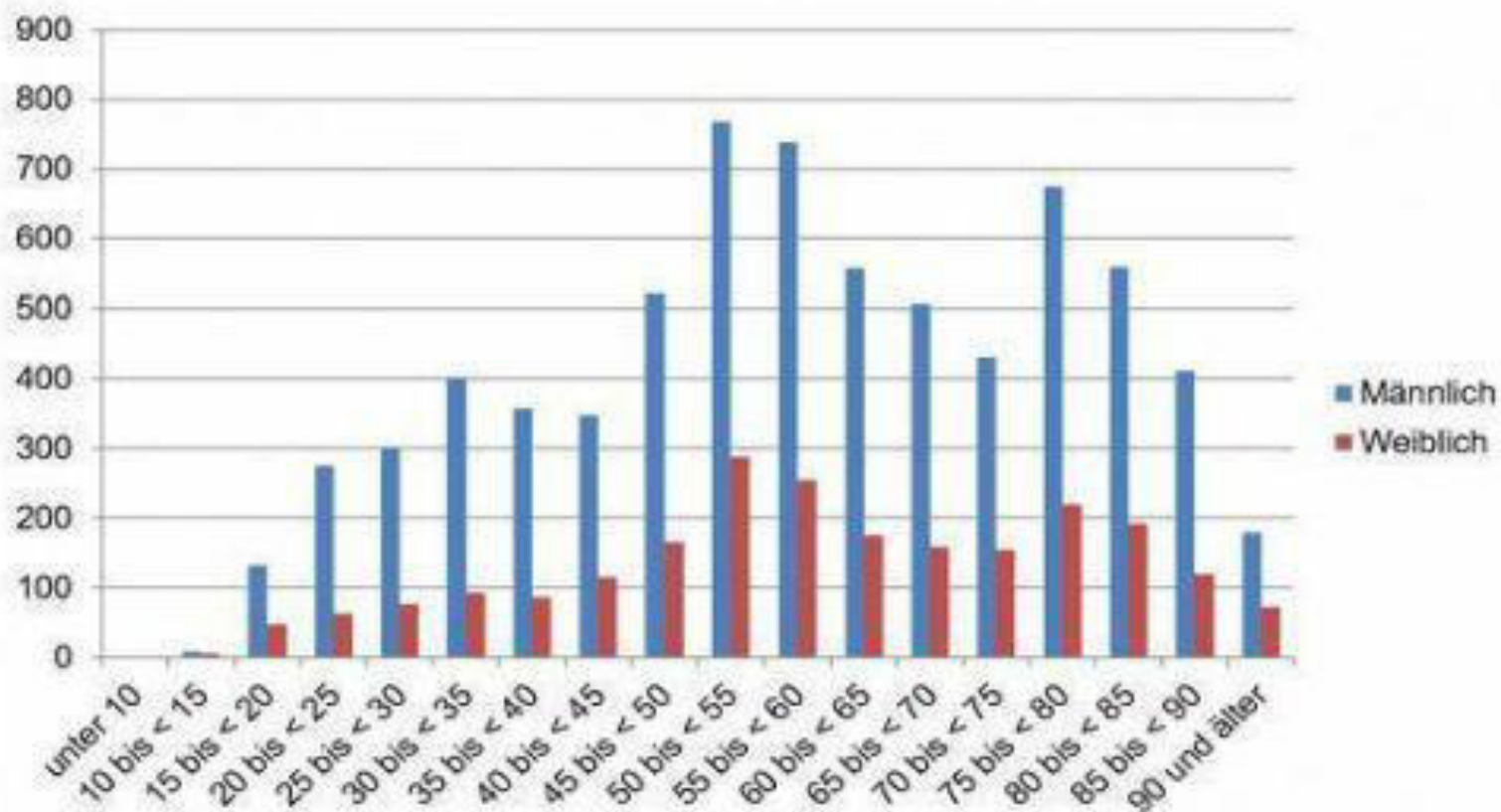


Was ist Ihre Vermutung, an welchen Wochentagen ereignen sich die meisten Suizide? Am Sonntag, wegen der erzwungenen Untätigkeit? Falsch. Am Montag, weil Stress und Zwänge des Berufslebens einen wieder bedrücken? Auch falsch. Es ist der Mittwoch. Und welche Jahreszeit gibt besonders häufig zu Selbsttötungen Anlass? Sagen wir es gleich, es ist nicht der trüb-nasse Herbst und auch nicht der dunkle und kalte Winter. Sondern der Sommer.

Zentrale Befunde sind:

- Am Sonntag ereignen sich die wenigsten, am Mittwoch die häufigsten Suizide. Die Wahrscheinlichkeit für die einzelnen Wochentage betrug: Sonntag 1,0, Montag 1,6, Dienstag 1,6, Mittwoch 2,0, Donnerstag 1,5, Freitag 1,3, Samstag 1,6. Oder mit anderen Zahlen: Etwa 25% aller untersuchten Suizide ereigneten sich am Mittwoch, an den übrigen Wochentagen waren dies nur 11-14%.
- Für die Jahreszeiten gilt: Im Winter finden weniger Suizide statt, die meisten ereignen sich im Sommer. Setzt man die Häufigkeit im Winter mit 100% an, dann sind es im Sommer 120%. Aber auch im Frühjahr ist die Quote noch höher als im Herbst oder Winter. Allerdings sind die Differenzen hier geringer als bei den Wochentagen, im Frühjahr und Sommer beträgt die Suizidquote etwa 26%, im Herbst und Winter 24%.
- Männer begehen fast dreimal so oft Selbsttötungen, weiße US-Amerikaner fast viermal so oft wie schwarze.

Anzahl der Suizide in Deutschland 2018 nach Alter und Geschlecht



Quelle: Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt, www.gbe-bund.de, Zugriff 20.5.2020

Umgang mit suizidalen Menschen

Welche Alarmzeichen sollte man ernst nehmen?

- *Suiziddrohungen und -ankündigungen*
Das Vorurteil, dass sich ein Mensch, der von Selbsttötung spricht, nichts antut ist falsch.
- *Große Hoffnungslosigkeit und Äußerungen wie:*
„Es hat ja doch alles gar keinen Sinn mehr...“, „Irgendwann muss auch mal Schluss sein...“, „Es muss jetzt was passieren...“ sind bei depressiven Menschen Hinweise auf eine ernste Gefährdung.
- *Angelegenheiten ordnen, Abschied nehmen*
Viele Menschen möchten vor einem Suizid ihre Angelegenheiten ordnen. Beispielsweise verschenken sie Wertgegenstände, setzen ihr Testament auf oder verabschieden sich von ihren Freunden und Verwandten. Wer fest zum Suizid entschlossen ist, wirkt oft ruhiger, gefestigter und weniger verzweifelt. Die Mitwelt kann zu dem trügerischen Schluss kommen, es gehe mit der-/demjenigen endlich wieder aufwärts.

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen“

Was können Sie tun, wenn Sie einen akut suizidgefährdeten Menschen kennen?

- *Sprechen Sie das Thema an!*

Wenn Sie den Verdacht hegen, dass ein Freund oder Angehöriger suizidgefährdet ist, sollten Sie ihn in ruhiger und sachlicher Weise darauf ansprechen. Die Befürchtung, man könne dadurch den Suizid erst provozieren, ist falsch. In aller Regel stellt es für einen suizidgefährdeten Menschen eine Entlastung dar, mit einer anderen Person über die quälenden Gedanken sprechen zu können.

- *Ziehen Sie professionelle Hilfe hinzu!*

Versuchen Sie sich nicht als Therapeut, sondern unterstützen Sie den Betroffenen, professionelle Hilfe zu suchen. Hilfe können Sie bspw. bei einem niedergelassenen Arzt/Psychotherapeuten oder in einer Klinik suchen. ¹

- *Sorgen Sie für den Menschen!*

Zeigen Sie Ihrem Gegenüber, dass Sie für ihn da sind. Übernehmen Sie in der akuten Situation Verantwortung für den anderen. Begleiten Sie die gefährdete Person zum Arzt oder in die Klinik. Nachts kann das die psychiatrische Notfallambulanz sein, aber auch der ärztliche Notdienst.

Das Wichtigste bei akuter Suizidalität ist, nicht alleine in der aussichtslos erscheinenden Situation zu bleiben, sondern sich trotz oft vorhandener Scham- und Schuldgefühle einer anderen Person

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen“

Das Wichtigste bei akuter Suizidalität ist, nicht alleine in der aussichtslos erscheinenden Situation zu bleiben, sondern sich trotz oft vorhandener Scham- und Schuldgefühle einer anderen Person anzuvertrauen.

Wenn ein Mensch unmittelbar von Suizid bedroht ist, er aber in keiner Weise mehr über ein Gespräch erreichbar ist und nicht bereit ist gemeinsam Hilfe aufzusuchen, so sollte zu seinem Schutz der Notarzt verständigt werden. Bitte berichten Sie dem Notarzt genau von der Situation und lassen Sie den betroffenen Menschen bis zum Eintreffen des Notarztes nicht allein.

Das Wichtigste ist, Zeit zu gewinnen, da der Wunsch zu sterben fast immer nur ein vorübergehender Zustand ist und auch bei schwierigen Lebenssituationen meist der Lebensmut zurückkehrt.

Suizid-Trauernde

Einen nahestehenden Menschen durch Suizid zu verlieren, gehört zu den schmerzlichsten Erfahrungen, die ein Mensch machen kann. Die Selbsttötung geschieht für die Hinterbliebenen oft unerwartet und bringt Fragen bzw. Erschwernisse mit sich, die bei anderen Todesarten nicht auftauchen. Der Schmerz geht oft einher mit der Frage nach dem „Warum“, mit Schuldgefühlen, tiefer Verzweiflung und Wut auf den Verstorbenen. Hinterbliebene stellen sich die qualende Frage, ob man den Suizid nicht hätte vorhersehen oder verhindern können.

Sie sind nicht alleine. Suchen Sie sich Unterstützung für diese schwere Zeit.

Hilfe finden Sie bei diesen Anlaufstellen:

AGUS e.V. - Angehörige um Suizid

FRANS - Frankfurter Netzwerk Suizidprävention

Hilfe nach Suizid - Online-Programm für Trauernde

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen“

Tipps zum Weiterlesen:

Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hg.) (2006): „Es ist so, als ob die Seele unwohl wäre“ Depressionen-Wege aus der Schwermut, Berlin

Eink, Michael/Haltenhof, Horst (2006): Umgang mit suizidgefährdeten Menschen, Psychiatrie-Verlag, Bonn

Mahnkopf, Angela (2007): Umgang mit depressiven Patienten, Psychiatrie-Verlag, Bonn 2007

Müller-Rörich, Thomas et. al. (2013): Schattendasein-Das unverstandene Leiden Depression, 2. Auflage, Berlin/Heidelberg

Nuber, Ursula (2006): Depression. Die verkannte Krankheit Depression, München

Stiftung Warentest (Hg.) (2016): Depressionen überwinden. Niemals aufgeben!, Berlin

Wolfersdorf, Manfred (2011): Depressionen verstehen und bewältigen, Heidelberg et. al. 2011

www.buendnis-depression.de

www.deutsche-depressionshilfe.de

www.dgbs.de (Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen)

6. Persönlichkeitsstörungen

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen

Persönlichkeitsstörungen

Als Persönlichkeitsstörungen werden Verhaltensweisen bezeichnet, die in besonderer Weise ausgeprägt, unflexibel und wenig angepasst sind. Sie bezeichnen Erlebens- und Verhaltensmuster aufgrund von Entwicklungsbedingungen in der Kindheit und späteren Lebensabschnitten. Diese Verhaltensmuster weichen von einem flexiblen, situationsangemessenen Erleben und Verhalten in charakteristischer Weise ab. Die persönliche und soziale Funktions- und Leistungsfähigkeit ist dabei meistens beeinträchtigt. Persönlichkeitsstörungen werden nach charakteristischen Merkmalen unterschieden, wobei jedoch Mischvarianten vorkommen.

In den diagnostischen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-V werden die anankastische (zwanghafte), ängstlich-vermeidende, dependente, dissoziale, emotional instabile (Borderline), histrionische (hysterische), paranoide, narzisstische, passiv-aggressive, schizoide und schizotypische Persönlichkeitsstörung aufgeführt.

Die wichtigsten Beziehungswünsche sind der Wunsch nach Anerkennung und Wertschätzung, nach Wichtigkeit, verlässlicher und solidarischer Beziehung, der Wunsch nach Autonomie und der Wunsch nach Unverletzlichkeit der eigenen Grenzen. Jeder Mensch versucht, diese Wünsche in Beziehungen zu befriedigen und sich so zu verhalten, dass andere darauf eingehen. Um diese Ziele zu erreichen, ist die Entwicklung von Handlungskompetenzen erforderlich. Konnten diese nur unzureichend erlangt werden, kann es zu Beziehungsstörungen kommen.

Menschen mit Persönlichkeitsstörungen haben in ihrer Biographie in zwei Bereichen relativ starke Selbstüberzeugungen ausgebildet:

1. Annahmen über sich selbst wie „Ich bin ein Versager“, „Ich bin wertlos“, „Ich bin nicht wichtig“ und „Ich kann meine Grenzen nicht schützen“
2. Annahmen über Beziehungen wie „In Beziehungen wird man nicht respektiert“, „Man kann jederzeit verlassen werden“ und „Niemand kümmert sich um mich“

Aufgrund dieser Überzeugungen haben die Betroffenen ungünstige Strategien der Beziehungsgestaltung entwickelt, d. h. sie zeigen Verhaltensweisen, die andere Menschen dazu veranlassen sollen, sich ihnen gegenüber in bestimmter Weise zu verhalten. Das Verhalten ist jedoch nicht offen und/oder bewusst, sondern meist verdeckt manipulativ, es soll andere mehr oder weniger andere dazu bringen so zu reagieren, wie die Person es möchte. Persönlichkeitsstörungen sind daher hauptsächlich Beziehungsstörungen. Mitunter kann es lange dauern, bis eine Persönlichkeitsstörung richtig diagnostiziert wird. Sucht, Depression oder Essstörungen sind typische „Tarn Diagnosen“.

Menschen mit Persönlichkeitsstörungen agieren ihre Probleme meist durch eine intensive Einbeziehung von anderen Personen aus, anstatt ihre Schwierigkeiten zu reflektieren. Ihr Credo kann dabei sein „Ich bin ok, aber jeder versteht mich falsch“. Dies wird vom sozialen Umfeld meist als sehr belastend erlebt und es fällt schwer Anforderungen oder Zumutungen der Betroffenen als Symptom ihrer Störung zu verstehen und keine moralisch-ethischen Verurteilungen vorzunehmen und sich zu distanzieren.

www.borderline-plattform.de

www.borderline-netzwerk.info

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen

Persönlicher Stil → → → Persönlichkeitsstörung

Gewissenhaft, sorgfältig	→	Zwanghaft
Ehrgeizig, selbstbewusst	→	Narzisstisch
Expressiv, emotional	→	Histrionisch (Hysterisch)
Wachsam, misstrauisch	→	Paranoid
Sprunghaft, spontan	→	Borderline
Anhänglich, loyal	→	Dependent
Zurückhaltend, einsam	→	Schizoid
(Kritisch, zögerlich	→	Passiv-aggressiv)
Selbstkritisch, vorsichtig	→	Ängstlich-selbstunsicher
(Ahnungsvoll, sensibel	→	Schizotypisch)
Abenteuerlich, risikofreudig	→	Dissozial/Antisozial

<https://www.libermenta.com/selbsttests/psychische-erkrankungen-tests/persoenlichkeitsstoerung-test/>



Welcher Persönlichkeits-Typus sind Sie?
Machen Sie den Selbsttest.

Start

Mit dem Klick auf „Start“ werden Sie auf die Internetseite von Outgrow weitergeleitet und verlassen die Internetseite sowie die Verantwortlichkeiten der BühlerHealthCare AG. Outgrow ist ein Dienst, mit dem die Erstellung von Umfragen organisiert und Ergebnisse analysiert werden können. Die von Ihnen im Rahmen der Umfragen eingegebenen Daten werden auf Servern von Outgrow gespeichert, die BühlerHealthCare AG hat keinen Einfluss auf die Datenverarbeitung durch Outgrow. Die BühlerHealthCare AG bekommt nach Abschluss Ihrer Umfrage Zugriff auf Ihre Antworten. Nähere Informationen zur Datenverarbeitung durch Outgrow erhalten Sie unter: outgrow.co und outgrow.co/privacy-policy/. Dieser Selbsttest kann nur Anhaltspunkte für das Vorliegen von einer psychischen Erkrankung liefern. Er ergibt keine medizinische Diagnose und darf daher nicht zur Selbstdiagnostik verwendet werden. Eine gesicherte Diagnose kann gerade bei psychischen Erkrankungen nur nach einem persönlichen Gespräch mit einem Facharzt oder Psychotherapeuten gestellt werden. Für Schäden oder Unannehmlichkeiten, die auf allein aus dem Ergebnis des Selbsttests gezogenen Schlussfolgerungen beruhen, haften wir weder für unmittelbare noch mittelbare Schäden.

Borderline: Sind wir mittlerweile davon „umzingelt“?

Borderline Persönlichkeitsstörung (mindestens fünf Kriterien)

- (1) Verzweifeltes Bemühen ein reales oder befürchtetes Alleinsein zu verhindern
- (2) Instabile und intensive zwischenmenschliche Beziehungen, die durch einen Wechsel zwischen den Extremen „Überidealisierung“ und „Abwertung“ gekennzeichnet sind
- (3) Identitätsstörung: Ausgeprägte Instabilität des Selbstbildes und des Gefühls von sich selbst
- (4) Impulsivität bei mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Aktivitäten: Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Autofahren etc.
- (5) Suiziddrohungen oder -versuche oder selbstverletzendes Verhalten
- (6) Instabilität der Gefühle wie episodische Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit oder Angst (wobei diese Zustände meist nur einige Stunden anhalten)
- (7) Chronisches Gefühl von innerer Leere
- (8) Übermäßige starke Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren
- (9) Vorübergehende paranoide Phantasien oder Orientierungslosigkeit

Borderline Persönlichkeitsstörung

Ursachen:

- Chaotische "soap-opera" Familien, in denen keine authentischen, vertieften Gefühle gezeigt werden
- Traumatische Erlebnisse wie sexueller Missbrauch, Trennungen oder todesnahe Erfahrungen
- Bedrohliche emotionale Vernachlässigung durch die Eltern
- Es konnte kein hinreichendes „Urvertrauen“ entwickelt werden
- Der Abwehrmechanismus der „Spaltung“ in „Schwarz“ und „Weiß“ ist dominant

Behandlungsoptionen:

- Auch bei Borderline (sowie den anderen Persönlichkeitsstörungen) sind die ambulante oder stationäre (am besten auf Borderline-Stationen) Psychotherapie die erste Wahl.
- Bewährt hat sich das STEPPS-Programm (siehe die nächsten Seiten) bzw. die entsprechenden örtlichen Gruppenangebote.
- Ganz wichtig bei Borderline-Klienten: Recherche auf der „DBT-Plattform“ (siehe nächste Folie).

Informatives

[Borderline](#)[Bücher](#)[DBT](#)[Therapeuten](#)[Kliniken](#)[Expertenrat](#)[Rechtliches](#)[Sprachrohr](#)[Symptomatik](#)[Therapie](#)[Medikamente](#)[Komorbidität](#)

Hilfe / Selbsthilfe

[Selbsthilfe](#)[Selbsthilfegruppen](#)[Selbsthilfegruppe gründen](#)[Erfahrungen](#)

Austausch

DBT

Dialektisch-Behaviorale Therapie

Die "Dialektisch-Behaviorale Therapie" (DBT) wurde von Marsha Linehan zur ambulanten Behandlung von chronisch suizidalen PatientInnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen entwickelt. Sie basiert auf einem biosozialen Entstehungsmodell, kognitiv-behavioralen Behandlungsstrategien und spezifischen therapeutischen "dialektischen" Interventionsmethoden. Die Einzeltherapie und das Fertigkeitentraining in der Gruppe ergänzen sich zu einem Gesamtkonzept, dessen Überlegenheit gegenüber unspezifischen Therapieformen empirisch nachgewiesen werden konnte.

Die "Dialektisch-Behaviorale Therapie" (DBT) wurde von Marsha Linehan zur ambulanten Behandlung von chronisch suizidalen PatientInnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen entwickelt. Sie basiert auf einem biosozialen Entstehungsmodell, kognitiv-behavioralen Behandlungsstrategien und spezifischen therapeutischen "dialektischen" Interventionsmethoden. Die Einzeltherapie und das Fertigkeitentraining in der Gruppe ergänzen sich zu einem Gesamtkonzept, dessen Überlegenheit gegenüber unspezifischen Therapieformen empirisch nachgewiesen werden konnte.

In ihrem Manual ergänzt sie die kognitive Verhaltenstherapie um Elemente aus humanistischen Therapieverfahren, Hypnotherapie und im Besonderen aus dem Zen.

Einzeltherapie

In der Einzeltherapie werden die Problembereiche hierarchisch im Sinne der Dringlichkeit geordnet. An oberster Stelle stehen suizidales und parasuizidales Verhalten, gefolgt von therapiegefährdendem Verhalten, Beeinträchtigungen der Lebensqualität und der Verbesserung von Verhaltensfertigkeiten. Die Problemfelder werden in dieser Reihenfolge bearbeitet. Wenn notwendig, wird sofort wieder auf eine höhere Ebene zurückgegangen.

Die Einzeltherapeutin versucht, eine Balance zwischen Validierungs- (Verstehen und Wertschätzen des Problems) und Veränderungsstrategien zu finden ('dialektische Strategie', Linehan, 1996c; aus psychoanalytischer Sicht, Lohmer et al., 1996).

Die Patienten führen eine Tagebuchkarte, in die Medikamenteneinnahme, Spannungszustände, Drogenkonsum und dysfunktionale Verhaltensweisen einzutragen sind.

Durch Verhaltensanalysen sollen die Betroffenen Einsicht in den Spannungsaufbau erhalten und lernen, das im Fertigkeitentraining Gelernte in Handlungspläne einzubauen. Nach selbstverletzendem Verhalten oder Suizidversuchen werden die Patienten gebeten, solche Analysen selbst anzufertigen.

Neuigkeiten

- Aktuelle Datenschutzerklärung nach DSGVO
- Neu: Selbsthilfegruppe für Angehörige und Betroffene aller Altersgruppen in Oldesloe
- Soforthilfe bei psychischen Erkrankungen
- Erneute Stigmatisierung - Wir sagen Stopp!
- Psychiatrische Ambulanzen in Wiesbaden und Rheingau erweitern Angebot für junge Borderline-Patienten

Aktuell Online

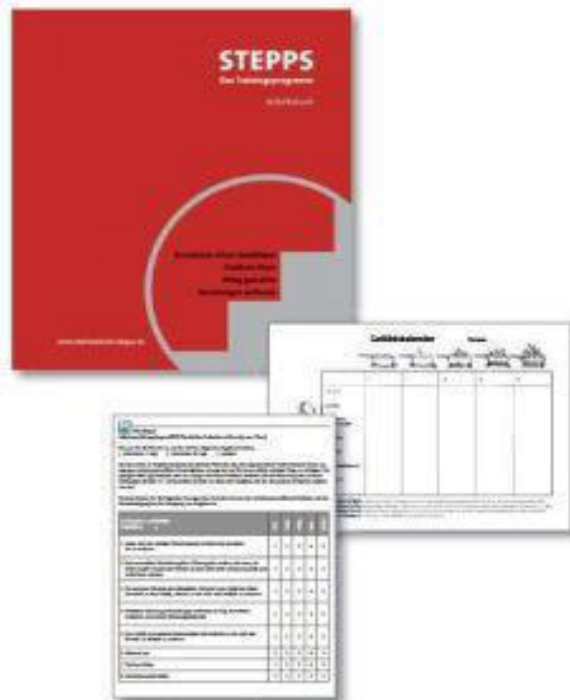
Aktuell sind 45 Gäste und keine Mitglieder online

Kontakte

[Kontakt Inhalt](#)[Kontakt Selbsthilfegruppen](#)[Kontakt Technik](#)[Kontakt Verein](#)

Das Material:

Sie erhalten einen Ordner mit vielen unterschiedlichen Materialien, die im Seminar besprochen und vorwiegend zu Hause bearbeitet werden. Das Arbeitsbuch kostet 39,95 Euro, die Teilnahme am Seminar ist je nach Anbieter kostenlos oder mit einer geringen Selbstbeteiligung verbunden.



Wo können Sie an STEPPS teilnehmen:

Informationen über Orte und Zeiten erhalten Sie auf der STEPPS-Website: www.dachverband-stepps.de sowie bei folgenden Kontaktadressen:



Dachverband STEPPS e.V.

Dr. Ewald Rahn
Hirschfeldstraße 3
59581 Warstein
Telefon: 0 29 02/70 03 30
Telefax: 0 29 02/70 03 28
E-Mail: stepps@rahn76.de
www.dachverband-stepps.de

Fortbildung:

LWL-Klinik Warstein
Monika Stich, Leitung Fort- und
Weiterbildungszentrum,
Franz-Hegemann-Str. 23
59581 Warstein,
Telefon: 0 29 02/82-10 60

STEPPS

Emotionale Krisen bewältigen
Probleme lösen
Alltag gestalten
Beziehungen aufbauen

Das Trainingsprogramm bei Borderline

Informationen für Betroffene

DACHVERBAND
STEPPS e.V. 
www.dachverband-stepps.de

Für wen ist STEPPS?

STEPPS ist ein Trainingsprogramm für Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Es wendet sich jedoch nicht ausschließlich an Borderline-Betroffene, sondern ist ein Angebot für alle, die an einer Störung der Emotionsregulation leiden.

STEPPS ist keine Therapie, sondern ergänzt vorhandene Therapieangebote. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer lernen spezifische Fertigkeiten im Umgang mit Emotionen und zur Steuerung ihres Verhaltens.

Das Besondere des Programms ist, dass Therapeutinnen und Therapeuten, Freunde und Angehörige einbezogen werden. Sie bilden das sogenannte Helferteam, um die neu erworbenen Fertigkeiten zu stützen und zu fördern.

Inhalt und Ablauf des Trainings

Das Training erstreckt sich über 20 Wochen und beinhaltet wöchentlich stattfindende zweistündige Sitzungen in Seminarform. Die Gruppengröße umfasst max. 10 Personen. Das Seminar wird in der Regel von einer Trainerin und einem Trainer geleitet.

Das Training kann in der Klinik begonnen und dann ambulant weitergeführt werden, aber auch in Wohnheimen oder als rein ambulantes Angebot wahrgenommen werden.

Das Trainingsprogramm gliedert sich in drei Teile:

- Die Krankheit erkennen und annehmen (1. und 2. Woche). Sie erkennen, welche Gefühle und Verhaltensweisen mit der Krankheit in Verbindung gebracht werden können.
- Fertigkeitstraining zum Umgang mit Emotionen (3.–12. Woche). Sie erlernen fünf Basisfertigkeiten zur Bewältigung der kognitiven und emotionalen Effekte der Erkrankung
- Verhaltenstraining (13.–20. Woche). Sie erlernen neue und andere Verhaltensfertigkeiten, die ihnen die Kooperation mit ihrem sozialen Umfeld erleichtern.



Die STEPPS Themen sind:

- Distanzieren in emotionalen Krisen
- Kommunizieren
- Gedanken hinterfragen
- Sich ablenken und Alternativen finden
- Probleme bewältigen
- Ziele setzen
- Essen
- Schlafen
- Bewegung
- Freizeit gestalten
- Die körperliche Gesundheit achten
- Die Vermeidung von Missbrauch und Selbstschädigung
- Soziale Beziehungen gestalten



Kliniken für Borderline

- ✓ 486 Kliniken für Borderline: [Klinikliste 2022](#)
- ✓ Offizielle Qualitätsdaten

Krankenhäuser Privatkliniken Rehakliniken

Krankenhäuser filtern

486 Kliniken (Datenquelle)

Fallzahl ▾

Suchbegriff

Borderline

Stadt oder Bundesland

Berlin, NRW, 20095 ...

Qualität

- Hoher Anteil an Fachärzten
- Viele Ärzte pro Patient
- Viele Pflegekräfte pro Patient

Ausstattung und Service

- Einzelzimmer
- Eltern-Kind-Zimmer
- Unterbringung von Begleitpersonen
- Allergenarmes Zimmer
- Dolmetscher

Medizinische Geräte

- CT (Computertomograph)
- Dialysegerät

Asklepios Klinik Nord (Ochsenzoll)

Hamburg

Viele Fälle im Bereich Borderline



Borderline
818 Fälle in 2 Fachabteilungen



Großes Krankenhaus
727 Betten

2 Fachabteilungen für Borderline:

[Klinik für Affektive Störungen, Persönlichkeits- und Traumfolgestörungen, Akutpsychiatrie und Psychosen](#)

1 weitere Fachabteilungen

Karl-Jaspers-Klinik

Bad Zwischenahn - Niedersachsen

Viele Fälle im Bereich Borderline



Borderline
651 Fälle in 4 Fachabteilungen



Fachklinik für psychische Erkrankungen
514 Betten

 **Universitätsklinikum**

4 Fachabteilungen für Borderline:

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen

Gesprächsführungsprinzip „Grenzsetzung“:

Zeitliche Begrenzung:

Es ist wichtig zu Beginn des Gespräches mitzuteilen wie viel Zeit zur Verfügung steht. So kann ein struktureller Rahmen gesetzt werden, der hilft das Gespräch besser zu steuern. Die Begrenzung sollte dabei unbedingt eingehalten werden.

Thematische Begrenzung:

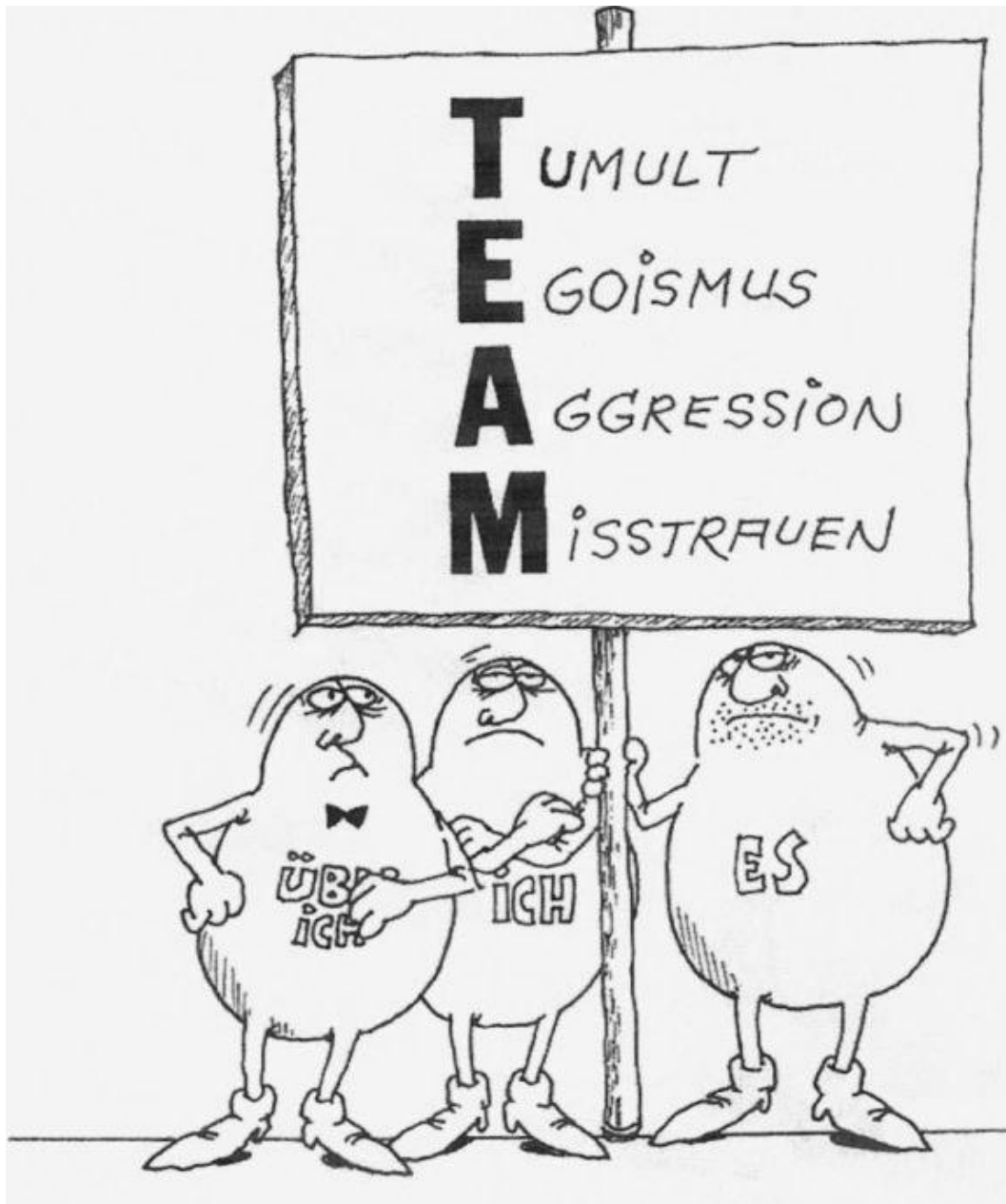
Es wird empfohlen das Gesprächsthema möglichst auf ein zentrales Thema zu begrenzen. Keineswegs sollte dem Gesprächspartner „von 100 zu 1000 Dingen“ gefolgt werden.

Verantwortungsbegrenzung:

Den Gesprächspartnern sollten die eigene Verantwortung für ihr Handeln und Leben zurückgespiegelt werden und die Grenzen der Beratung aufgezeigt werden.

Emotionale Abgrenzung:

Es geht darum sich nicht emotional erpressen zu lassen und Burnout-Prävention zu betreiben („erschöpfte BeraterInnen nutzen niemanden“) und andererseits empathisch für die Not der Gesprächspartner zu bleiben.



Teamverhalten:

- ⇒ Alle Teammitglieder werden mit dem manipulativen KlientInnenverhalten konfrontiert. Die Betroffenen können relativ gut und schnell erkennen, welches Teammitglied auf welche manipulativen Strategien anspricht. Sie werden alle Interaktionspartner auf ihre Manipulierbarkeit testen.
- ⇒ Probleme entstehen, wenn Teammitglieder sich manipulieren und gegeneinander ausspielen lassen. Im Ergebnis wird das Team gespalten und therapeutische Effekte werden behindert oder sind gar nicht mehr möglich.
- ⇒ Informationsaustausch und Absprachen auf der Grundlage einer gemeinsamen Wissensbasis sind notwendig, um Klienten eine konsequente Haltung entgegenzubringen und um Spaltungs- und Reibungsverluste im Team so gering wie möglich zu halten

Angehörige:

Meist zeigen sich bei den Angehörigen drei Typologien:

1. Die Angehörigen lassen sich von den KlientInnen manipulieren und verstärken bzw. stabilisieren auf diese Weise das ungünstige Interaktionsverhalten. Die Angehörigen verhalten sich (ähnlich wie bei Alkoholikern) „Co-Persönlichkeitsgestörte“. Oft erkennen sie nicht, dass dies extrem ungünstig ist, sie glauben, sie würden sich hilfreich verhalten. Allerdings trauen sie sich manchmal auch nur nicht zu konfrontieren, weil sie die Erfahrung gemacht haben, dass die KlientInnen dann erst recht „aufdrehen“.

2. Bei der zweiten Variante sind die Angehörigen das Verhalten gründlich leid, kritisieren die Betroffenen und setzen sie unter Druck. Da die Betroffenen aber ihr Verhalten von sich aus nicht ändern können, reagieren diese lediglich mit „mehr des Selben“ und verstärken das ungünstige Verhalten. Sie schaukeln sich zusammen mit den Angehörigen dann regelrecht hoch.
3. Die dritte Variante besteht darin, dass die Angehörigen zwischen „Co-Verhalten“ und Ärger hin- und herschwanken. Wenn sie hilflos sind, geben sie dem Klienten nach und folgen seinen Manipulationen. Nimmt der Ärger zu, verweigern sie sich und setzen den Klienten unter Druck. Dieses inkonsequente Verhalten kann die Persönlichkeitsstörung so verstärken, dass die Klienten überhaupt keine Veranlassung mehr zur Veränderung sehen.

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen“

- ⇒ Angehörigen sollte vermittelt werden, dass die Betroffenen ihr Beziehungsverhalten in ihrer Biographie gelernt haben und dass das Verhalten der Angehörigen einen Einfluss auf das Handeln der Betroffenen hat
- ⇒ Sie sollten lernen, dass Verstehen nicht bedeutet, den Manipulationsversuchen nachzugeben und hilfreiche Konfrontation besser als eine unreflektierte Druckerhöhung ist
- ⇒ Den Klienten und Angehörigen sollten aus einer verständnisvollen Grundhaltung heraus Vorschläge und gemacht und Alternativen aufgezeigt werden. Entscheidungen treffen aber allein die KlientInnen und die Angehörigen. Entscheiden sie, ihre Verhaltensweisen nicht zu ändern, muss dies akzeptiert werden.

Modul 11

„Betreuungsspezifische Kommunikation und unterstützte Entscheidungsfindung bei psychischen Erkrankungen“

Weitergehende Infos dazu gern auch direkt bei mir (karl.heinz.stange@fh-erfurt.de)

Selbstverletzendes Verhalten

In der April-Ausgabe der Zeitschrift „Psychologie heute“ (2013) wird selbstverletzendes Verhalten so beschrieben, dass man es gut nachvollziehen kann. Der Autor und Kinderpsychiater Dr. Michael Kaess erzählt, wie das Mädchen Marie sich mit einer Rasierklinge in den Arm ritzt, nachdem ihr Vater plötzlich das Besuchswochenende abgesagt hat.

Sehnsucht nach Wärme

Maries Spannung steigt – irgendwann möchte sie nur noch den Druck loswerden. Mit den Schnitten in den Unterarm befreit sie sich vom Druck, schafft sich selbst aber auch neue Schuldgefühle. Möglicherweise will sie sich mit dem Schneiden bestrafen, aber es ist noch etwas anderes dabei: Sie spürt ihr warmes Blut, was sie entspannt. Und dann umsorgt sie sich, indem sie ihre Wunden desinfiziert und sich den Arm verbindet. Selbstverletzendes Verhalten ist also nicht nur Selbststrafe, sondern auf eine gewisse Art auch Selbstfürsorge. Das Mädchen umsorgt sich selbst mit der Wärme, die sie vermisst. Sie spielt gewissermaßen nach, was sie erlebt und was sie sich wünscht: Erst wird sie verletzt, aber dann ist jemand da, der sie tröstet und der sie versorgt: nämlich sie selbst. Wie groß muss die Sehnsucht da nach einem anderen sein, der sie wärmt, beschützt und umsorgt.

Der Schnitt: Grenzen setzen, Grenzen aufbrechen

Manchmal ist die Sehnsucht nach einer Grenze unendlich groß. Wer als Kind körperlich bestraft, seelisch gedemütigt oder sexuell missbraucht wurde, hat immer wieder erfahren: Da ist keine Grenze. Keine Grenze zwischen mir und dem anderen, keine Grenze zwischen den Generationen. Auch weniger dramatische, immer wiederkehrende Grenzüberschreitungen können dazu führen, dass man glaubt, sich selbst nicht mehr zu kennen und nicht mehr zu wissen, wo hinten und vorne ist. Mit dem Schnitt spürt der Betroffene sich wieder selbst und weiß, wo seine Grenze ist. Gleichzeitig ist der Schnitt aber auch das Aufbrechen einer Grenze – der Betroffene beschädigt die eigene Grenze und stellt damit Kontakt zu anderen her. Andere wollen helfen.

„Ich schreibe Dir vor, was Du zu fühlen, sagen, meinen und glauben hast“

Wenn Eltern zu oft meinen, das Kind besser zu kennen als es sich selbst kennt, sorgen sie dafür, dass das Kind den Kontakt zu sich selbst verliert. Das kann schon bei kleinen Dingen sein, z.B. wenn ein Kind sagt: „Ich fand unseren Ausflug nicht schön“ und die Mutter antwortet: „Doch, doch, das war doch total nett!“ Die Mutter bemüht sich dann, dem Kind das „schlechte Gefühl“ zu nehmen. Sie versucht es davon zu überzeugen, dass der Ausflug doch nett war und „beauftragt“ das Kind, seine Gefühle zu ändern. Zu schmerzlich ist für die Mutter der Gedanke, es könnte ihrem Kind nicht gut genug gehen. Zu weh tut es ihr, wenn sie sieht, dass sie und ihr Kind unterschiedlicher Meinung sind. Diese natürliche Trennung können manche Mütter, die selbst sehr schwach sind, gar nicht aushalten.

Häufige Grenzüberschreitungen hinterlassen Spuren

Wer als Kind häufig Grenzüberschreitungen erlebt hat und dann mit der Pubertät beginnt, sich mehr und mehr von den Eltern zu distanzieren, der hat es oft schwer, sich selbst zu finden. Was mag ich, was mag ich nicht, was gefällt mir, was fühle ich, was ist meine Meinung und was die Meinung des anderen? Vor diesen Fragen steht der Jugendliche plötzlich und weiß sie kaum zu beantworten. Ein unangenehmes Gefühl der Schwereelosigkeit kann da entstehen – man ist ohne Bezug zum Boden oder ohne gesunden Bezug zu anderen und sich selbst. Das Gefühl, fallen gelassen zu werden, kann in der Pubertät mächtig groß werden. Es kann den Wunsch nach einer Grenze wecken – und dann verletzt man sich selbst, um sich endlich wieder zu spüren und endlich eine Grenze herzustellen.

Oberstes Ziel: Die Spannung entweichen lassen

Die Selbstverletzung ist oft das Ergebnis einer ungeheuren Spannung. Wer sich unerträglich angespannt fühlt, ohne die Möglichkeit zu haben, die eigenen Gefühle zu erkennen und mit einem verständnisvollen Partner zu sprechen, der will die Spannung loswerden – und verletzt sich selbst. Es ist ein Versuch des Betroffenen, einen Weg zu finden, dass es ihm wieder besser geht. Die Schädigung ist wie das Öffnen eines Ventils, auch, wenn bald nach dem Schnitt wieder Scham und Schuldgefühle auftauchen.

Die Beziehung zum Therapeuten kann Spannung abbauen

Häufig kann eine psychoanalytische Therapie helfen. Wenn es in der Therapie gelingt, Vertrauen zum Therapeuten aufzubauen, dann ist es oft auch möglich, die Spannung durch Weinen zu lösen. Oftmals ist das Weinen erst möglich, wenn ein Gegenüber da ist – jemand, der tröstet und mit Worten wärmt. Es kann lange dauern, doch das selbstverletzende Verhalten lässt oftmals nach, sobald das eigene Selbst wieder zum Leben erweckt wird und sobald man ausreichend Trost und Wärme von außen erfährt.

Borderline Notfallkoffer: Inhalte & Ziele

Bei einer Borderlinestörung ist der betroffene Mensch emotional instabil und versteht es nicht, in sozialen Situationen angemessen zu reagieren. Daher fällt es ihm schwer, ein stabiles Selbstbild zu entwickeln und funktionierende Beziehungen zu unterhalten. Das Denken und Fühlen ist von Extremen geprägt, die Welt, ein Ereignis oder ein Mensch ist entweder Schwarz oder Weiß, Zwischentöne existieren nicht. Entwickelt sich eine Situation nicht gemäß den Erwartungen, verspürt der Mensch mit einer Borderlinestörung sehr schnell eine zunehmende starke Anspannung, deren er sich durch eine impulsive Handlung entledigen möchte.

Ziel des Notfallkoffers für Borderliner

Der Selbsthilfekoffer für Notfälle hat das Ziel, dem Klienten dabei zu helfen, möglichst schnell die entstehende Anspannung zu reduzieren, damit es nicht zu sozial störendem oder gar selbstschädigendem Verhalten kommt. Dazu erlernt er im Laufe einer Therapie **Borderlineskills**, die ihm helfen sollen, den Beginn der Anspannung möglichst früh wahr zu nehmen und dann mit Hilfe der Gegenstände des Notfallkoffers gegen zu steuern.

Inhalte eines Borderline Notfallkoffers

Ein solcher Notfallkoffer enthält zum einen Gegenstände, die einen starken körperlichen Reiz ausüben können, um den betroffenen Menschen von seiner inneren Anspannung abzulenken. Gleichfalls beinhaltet er geistige beruhigende und ablenkende Tools.

- **Reize für die Geschmacksnerven**

Hier sollen die Geschmacksnerven durch einen intensiven Reiz die notwendigen ablenkenden Empfindungen liefern. Das können Lebensmittel sein wie eine scharfe Chili, Brause, bittere Bonbons, extrem süße Speisen oder stark säurehaltige Dinge wie eine Zitrone sein.

- **Reize für die körperliche Empfindung**

Hier kommt alles in Frage, was einen starken körperlichen Reiz oder gar einen kleinen Schmerz erzeugt. Ein Gummiband am Handgelenk, welches gegen dieses geschnippt wird, ein kleiner Kieselstein im Schuh, eine harte Bürste, eine Wäscheklammer oder ein Igelball liefern alle die notwendige Intensität.

- **Reize für die Geruchsnerve**

Auch durch das Erschnupern eines intensiven Geruchs kann die erwünschte Ablenkung und Beruhigung erfolgen. In Frage kommen entweder angenehme Gerüche wie ein besonderes Parfüm, ein Gewürz wie Zimt oder Vanille oder auch ein stechender und unangenehmer Geruch wie Ammoniak oder ein stark chlorhaltiges Bleichmittel.

- **Geistige Ablenkung und Beruhigung**

Alle Gegenstände, die schnell positive Emotionen wecken können und zur Beruhigung beitragen können, sind geeignet: ein geliebtes Stofftier, eine Postkarte oder ein Foto, ein Brief, eine CD mit der Lieblingsmusik. Aber auch eine Liste mit Pro- und Contraargumenten bezüglich bestimmter Reaktionen, eine Karte mit positiven Affirmationen, wie man sie in dem [Set der Lebenskarten](#) findet, oder die Telefonnummer eines vertrauten Menschen gehören zu den wichtigen Gegenständen im Notfallkoffer.

Benutzung des Borderline Notfallkoffers

Sobald der betroffenen Mensch spürt, dass seine innere Anspannung zu steigen beginnt und sich einem nicht mehr erträglichen Maß nähern wird, sollte er mit den verschiedenen Gegenständen aus dem Borderline Notfallkoffer gegen steuern. Dabei können gerne mehrere Reize auf einmal eingesetzt werden: so kann der Biss in die Zitrone mit der Wäscheklammer am Arm, der Musik aus dem MP3-Player und dem Lesen der Affirmationen auf der Lebenskarte verbunden werden.

Der betroffene Mensch sollte regelmäßig überprüfen, ob der Inhalt seines Notfallkoffers immer noch die gewünschte Wirkung zeigt und eventuell von Zeit zu Zeit Gegenstände austauschen und durch neue ersetzen. So kann er sicher stellen, dass keine zu große Gewöhnung an die Reize entsteht und diese dadurch ihre hilfreiche Intensität verlieren.

Exkurs: Narzisstische Persönlichkeitsstörung



Exkurs: Narzisstische Persönlichkeitsstörung

Narzisstische Persönlichkeitsstörung (mindestens fünf Kriterien)

- (1) zeigt ein übertriebenes Selbstwertgefühl und erwartet -auch ohne besondere Leistungen- als "etwas besonderes" Beachtung zu finden
- (2) beschäftigt sich ständig mit Phantasien grenzenlosen Erfolges, Macht, Glanz, Schönheit oder Liebe
- (3) ist der Ansicht einzigartig zu sein und kann nur von besonderen Menschen (z. B. mit höherem Status) verstanden werden
- (4) verlangt ständig nach Bewunderung
- (5) verlangt eine bevorzugte Behandlung oder unmittelbare Zustimmung zu den eigenen Erwartungen und Meinungen
- (6) nützt zwischenmenschliche Beziehungen aus, um mit Hilfe anderer die eigenen Ziele zu erreichen
- (7) zeigt einen Mangel an Einfühlungsvermögen, kann z. B. nicht erkennen und nachempfinden wie andere fühlen und welche Bedürfnisse sie haben
- (8) ist häufig neidisch auf andere oder glaubt, dass andere auf ihn neidisch seien
- (9) zeigt ein arrogantes, überhebliches Verhalten

Narzisstische Persönlichkeitsstörung

Ursachen:

- Frühe emotionale Vernachlässigung und fehlende Annahme/Anerkennung durch die Eltern
- Als Überlebensstrategie erfolgte ein Rückzug auf die „narzisstische Insel“ (d. h. sich selbst)
- Versuch, durch Leistungen emotionale Nahrung zu erhalten
- Keine altersgemäßen Rollenzuweisungen durch die Eltern, sondern Überforderungen (die Kinder werden zu „narzisstischen Erfüllungsgehilfen“ für nicht realisierte Elternwünsche)

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen

Das Gefühl der Unzufriedenheit überkommt uns manchmal ganz plötzlich, manchmal schleichend – und oft wissen wir gar nicht so genau, was es verursacht hat. Der Psychoanalytiker Dr. Hans-Joachim Maaz erklärt, was Narzissmus damit zu tun hat. Eine Seite unserer Persönlichkeit, über die wir bislang nur wenig wissen

Herr Dr. Maaz, was ist Narzissmus eigentlich?

Denken wir an einen Narzissten, haben wir meist das Bild eines selbstverliebten, eitel Menschen vor Augen. Das ist zum Teil auch richtig – aber in der Psychoanalyse hat Narzissmus auch noch eine andere, eine oft unbekanntere Seite. Er kann nämlich auch Ausdruck eines gestörten Selbstwertgefühls sein – Menschen mit einem solchen narzisstischen Problem sind über jedes normale Maß hinaus kritisch mit sich selbst und neigen dabei zu extremen Fehleinschätzungen.

Wie äußert sich das?

Ein Narzisst ist nie wirklich zufrieden mit dem, was er ist oder tut. Er kann beispielsweise reale Erfolge nicht wirklich annehmen und gehen lassen. Oder wenn er sich im Spiegel sieht,

den Spiegel und sagt „So, jetzt ist es in Ordnung.“ Ein narzisstisch gestörter Mensch wird nie ein solches zufriedenstellendes, entspannendes Ergebnis erzielen.

Und woran liegt das?

Narzissten können ihren Selbstwert – sowohl optisch als auch charakterlich – nicht selbst erkennen. Deshalb brauchen sie die ständige Bestätigung durch andere. Das erreichen sie z.B. über ausgeprägten Fleiß, Perfektionismus, Geschenke oder Macht. Weil sie derart abhängig von äußerer Anerkennung sind, reagieren sie auch besonders empfindlich auf Kritik oder Kränkungen.

Ist denn jeder Narzisst gleich?

Nein – es gibt natürlich erhebliche Unterschiede in der Ausprägung. Ich teile außerdem in zwei nahezu entgegengesetzte Formen ein,

„Unsere Leistungsgesellschaft, die den Erfolg so sehr in den Mittelpunkt stellt, fördert narzisstische Störungen massiv.“

Dr. Hans-Joachim Maaz

wird er mit seinem Abbild nie zufrieden sein und es als attraktiv bezeichnen. Deshalb setzt er alles daran, sich in jeder Hinsicht aufzumotzen – modisch, kosmetisch, aber auch durch seine Leistung.

Dann ist ja fast jeder betroffen. Wollen Sie damit sagen, dass alle Narzissten sind?

Ja, ja. Fest steht: Der Narzissmus ist ein Teil unserer Persönlichkeit. Aber seine Ausprägung ist bei jedem unterschiedlich. Sich im Spiegel zu betrachten und Sorge zu tragen, dass man möglichst gut aussieht, ist normal. Die Frage ist, ob es damit eine Zufriedenheit geben kann. Man macht sich also zuerst, schaut in

wie die Selbstwertstörung verarbeitet wird: die Größen-/klein-Narzissten.

Die was?

Lassen Sie es mich so erklären: Der Größen-/klein-Narzisst ist stets bemüht, als wichtig und bedeutend gesehen zu werden. Er versucht, sich wertvoller zu fühlen, indem er Statussymbole wie Markenklamotten, Kunstgegenstände oder teure Autos kauft oder aber besondere Leistungen erbringt. Der Größen-/klein-Narzisst hingegen traut sich nie etwas zu, wertet sich grundsätzlich ab. Er kann Komplimente nur schwer entgegennehmen und erträgt es nicht, im Mittelpunkt zu stehen.

Allgemein kann man jedoch über Narzissten sagen: Sie bewerten sich selbst stets falsch, entweder, indem sie sich massiv über- oder unterschätzen.

Gibt es heute denn mehr Narzissten als früher?

Dafür gibt es zwar keine Belege. Aber man kann mit Sicherheit sagen, dass unsere Gesellschaft als eine Leistungs-, Wettbewerbs-, Wachstumsgesellschaft, die den Erfolg so sehr in den Mittelpunkt stellt, natürlich narzisstische Störungen fördert. Man kann unsere heutige Gesellschaft also mit Recht als narzisstisch bezeichnen.

Entwickelt man einen Narzissmus oder wird man mit dieser

Veranlagung bereits geboren?

Es gibt keine genetisch bedingte Veranlagung zum Narzissmus. Die narzisstische Störung wird entscheidend durch frühkindliche Beziehungen geprägt, also in aller Regel von den Eltern. Die zentrale Frage ist: Was braucht das Kind wirklich? Und die Antwort ist recht einfach: Ein Kind will gewollt sein, will geliebt sein, will verstanden werden, will bestätigt werden. Wird dieses Bedürfnis nicht erfüllt, setzt das die narzisstische Entwicklung in Gang.

Wo lassen sich besonders viele

Menschen mit narzisstischen

Störungen finden?

Besonders in allen Führungs- und Leitungspositionen. Es kommen nur noch diejenigen in führende Positionen – ob in der Wirtschaft, der Politik oder im Sport – die zu besonderen Anstrengungen bereit sind. Die unendlichen Bemühungen, die man aufbringen muss, um an die Spitze eines Managements zu kommen, immer wieder Sieger im Sport zu sein oder sich bei Wahlen durchzusetzen, hält man nur durch, wenn man den inneren narzisstischen Antrieber hat. Wenn man beweisen will, dass man wertvoll und liebenswert ist. Deshalb meine ich, dass heutzutage alle großartigen Leistungen aus einem narzisstischen Mangel entstanden sind.

Woran erkennt man sonst noch einen

Narzissmus?

Mangelnde Empathie, also die Fähigkeit, sich in andere Menschen hineinzuversetzen, ist ein ganz charakteristisches Symptom für gestörten Narzissmus. Denn Narzissten sind permanent mit sich und ihrem (mangelnden) Selbstwertgefühl beschäftigt. Deshalb haben sie

überhaupt kein Einfühlungsvermögen, keinen Blick dafür, wie es anderen geht, was andere brauchen. Darüber hinaus treten Größen-/klein-Narzissten meist großspurig auf, oft auch lärmend und dadurch unangenehm. Die Größen-/klein-Narzissten sind feindsam, kläglich, zurückhaltend – und leiden oft auch an Depressionen.

Hat Narzissmus noch andere

gesundheitliche Auswirkungen?

Ja. Durch den stetigen inneren Druck, den Narzissten sich selber machen, entwickeln sie auch alle Symptome, die mit Stress zu tun haben. Sprich: hohen Blutdruck, Herz-Kreislauf-Beschwerden, Magen-Darm-Probleme oder Muskelverspannungen. Das Problem ist: Wenn ein Mensch beispielsweise zu einem Orthopäden geht und über Muskelverspannungen, Rückenschmerzen, Gelenksbeschwerden klagt oder beim Internisten über hohen Blutdruck oder Herzrhythmus-Störungen, dann wird das leider in der Schulmedizin häufig nicht weiter hinterfragt und analysiert. Eigentlich müssten alle Ärzte auch dieses psychotherapeutische Wissen haben, um etwa den Narzissmus als eine mögliche Ursache mit zu berücksichtigen.

„Narzissmus kann auch zu gesundheitlichen Schäden führen.“

Dr. Hans-Joachim Maaz

Gibt es denn überhaupt Narzissten, die sich in Behandlung befinden? Von allein werden sie Ihre Störung ja wohl kaum erkennen?

Das ist richtig. Sie kommen jedenfalls nicht mit Genauigkeit zur Diagnose zum Psychotherapeuten. Sie kommen mit vordergründigen Beschwerden, also Angstzuständen, Erschöpfungsdepressionen oder Leistungseinbußen durch übermäßige Anstrengung. Erst im Laufe der Auseinandersetzung mit dem Therapeuten wird deutlich, dass es sich um eine narzisstische Störung handelt.

Wie sieht die Behandlung aus?

Der Psychotherapeut rekonstruiert mit dem Patienten dessen Vergangenheit. Also bei-

spielsweise, wie er von seinen Eltern behandelt worden ist und welche Erfahrungen er der Schule gemacht hat. Die Erinnerungen an diese Geschichten sind in der Regel mit erheblichen Gefühlen verbunden. Oft entstehen narzisstische Störungen, weil der Patient in seiner Kindheit massiv gekränkt oder eingeeignet wurde. Oder der Auslöser war die „narzisstische Wut“, wie wir Therapeuten es nennen. Sprich, dass man nicht so gewürdigt und geliebt wurde, wie man es gebraucht hätte. Diese Gefühle in der Therapie zum Ausdruck zu bringen, trägt schon erheblich zur inneren Entspannung bei.

Wie lange dauert die Therapie?

Das ist ein Prozess von etwa zwei bis drei Jahre.

Gibt es auch einen gesunden

Narzissmus?

Ja. Ein gesunder Narzissmus heißt, dass ein Mensch sich selbst akzeptieren und wertschätzen kann, und ist gleichzusetzen mit einem gesunden Selbstbewusstsein. Ein Mensch mit einem gesunden Narzissmus kann gut einschätzen, was seine Fähigkeiten sind, und akzeptiert aber auch, was er nicht kann. Sein Ehrgefühl ist normal, er kann objektiv bewerten, ob er etwas gut gemacht hat, und kann daraufhin entspannen. Das ist die gesunde Form des Narzissmus.

Welche Vorteile hat ein

gesunder Narzissmus?

Menschen, die keinen ständigen inneren Antrieber haben, sind entspannter, zufriedener und glücklicher. Sie leben mit Anspannung und Entspannung, mit Tätigkeit und Ruhe. Solche Menschen sind auch sozial angenehm. Sie sind empathisch, können andere Menschen gut verstehen und akzeptieren, können auch Fremde annehmen. Sie sind also im Grunde genommen die Menschen, die eine gute Partnerschaft, aber eben auch eine gute demokratische Gesellschaft tragen.

BUCHTIPP

„Die narzisstische Gesellschaft: Ein Psychogramm“ von Dr. Hans-Joachim Maaz, dtb, 236 Seiten, 9,90 Euro



Ganz wichtig: [www. https://umgang-mit-narzissen.de](https://umgang-mit-narzissen.de)

1. **Narzissmus erkennen:** Der wichtigste Tipp zum Umgang mit Narzissten ist, den Narzissmus erst einmal zu erkennen. Bei den klassischen Formen des Narzissmus, etwa beim grandiosen Narzissten, ist dies kein Problem. Da aber nicht alle Formen des Narzissmus so offensichtlich sind, sondern die meisten in der Regel vielmehr im Verborgenen schlummern, sollten Sie wachsam im Hinblick auf potenzielle **narzisstische Wesenszüge** und Verhaltensweisen sein. Erst wenn Sie einen übersteigerten Narzissmus bei einer Person in Ihrem Umfeld erkannt haben und um die Auswirkungen wissen, können Sie sich aus dem negativen Einfluss lösen.

2. **Entziehen Sie sich seiner Präsenz:** Der **Narzisst** erzeugt mit seiner Attraktivität um sich herum eine ganz bestimmte Aura. Wenn er einen Raum betritt, richten sich alle Blicke auf ihn. Wenn er das Wort ergreift, zieht er alle in seinen Bann. Er hat manipulative Fähigkeiten. Die Gefahr, die eigene Urteilsfähigkeit zu verlieren und Wegen zu folgen, denen man von sich aus nicht gefolgt wäre, ist sehr groß. Dieser Aura muss man sich entziehen, indem man seine eigenen Grenzen klarmacht, die eigenen Bedürfnisse verteidigt und den eigenen Überzeugungen treu bleibt. Betrachten Sie die Äußerungen des Narzissten immer mit dem notwendigen Abstand und bleiben Sie kritisch.

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen“

- 3. Erkennen Sie seinen weichen Kern:** Wenn Sie einmal über die eigentliche Ursache narzisstischen Verhaltens Kenntnis erlangt haben und dem Kind einen Namen geben können, ist der Umgang mit Narzissten wesentlich erträglicher. Sie können das Verhalten durchschauen, was Ihnen die Ehrfurcht und die Angst vor dem Auftreten des Narzissten nimmt. Der Narzisst verliert seine Macht, weil Sie nun hinter seinem selbstverliebten und egoistischen Verhalten das schwache, sensible Kind sehen, das sich nach Liebe sehnt und innerlich mit einem Gefühl der Minderwertigkeit zu kämpfen hat.
- 4. Bewahren Sie sich Ihre Autonomie:** Nehmen Sie Ihren eigenen Standpunkt ein und geben Sie Ihrer Meinung einen Raum. Lassen Sie sich im Umgang mit Narzissten nicht zu irgendwelchen Handlungen oder Zugeständnissen hinreißen, sondern räumen Sie sich im Zweifel immer Bedenkzeit ein. Mit etwas Abstand gelingt es Ihnen besser, Ihr eigenes Urteil zu fällen, es mit Argumenten zu untermauern und standfest zu bleiben. In Gegenwart des Narzissten wird er Ihnen jede Meinung ausreden, die ihm nicht in den Kram passt. Den Anmaßungen und Unverschämtheiten des Narzissten müssen Sie ausweichen.
- 5. Spiegeln Sie den Narzissten:** Spiegeln Sie mit Wiederholungen die selbstgefälligen Aussagen des Narzissten, dann kommt er vielleicht selbst darauf, wie lächerlich oder gar peinlich sein Imponiergehabe wirkt. Etwa so: „Finden Sie das wirklich großartig?“ Oder: „Haben Sie das wirklich als Erster geschafft?“ Oder: „Finden Sie das nicht etwas übertrieben?“ Halten Sie ihm den Spiegel vor. Aber Vorsicht! Es kann gut sein, dass er gekränkt reagiert. Da er keinen Spott verträgt und äußerst humorlos reagieren kann, wenn man versucht, sein Verhalten oder seine Aussagen zu hinterfragen oder abzuwerten, sollte man diese Methode nur sehr dosiert einsetzen und auf entsprechende Gegenreaktionen gefasst sein.

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen“

6. **Loben Sie im rechten Maß:** Der Narzisst braucht das Lob wie der Säugling die Muttermilch. Wenn Sie einen Narzissten nicht in ausreichendem Maß anerkennen und loben, werden Sie ihn nie erreichen. Entziehen Sie ihm das Lob, wird er gereizt, nervös und zornig. Übertreiben Sie das Lob, wirken Sie oberflächlich und er wird Sie nicht ernst nehmen. Im Umgang mit einem Narzissten muss das Lob echt und authentisch sein. Sie sollten eine Situation, in der Sie ihn aufrichtig loben können, nicht übergehen. Er wird Sie besser respektieren können und verleiht Ihnen als Lobendem unbewusst eine wertschätzende Position.

7. **Zeigen Sie Ihre Grenzen auf:** Im Umgang mit einem Narzissten müssen Sie Ihre Grenzen deutlich und unmissverständlich aufzeigen. Machen Sie klar, dass Sie nicht zu allem bereit sind. Dadurch werden Sie zwar seine Übergriffe und Ausschweifungen nicht verhindern, wohl aber reduzieren und ihn zu mehr Vorsicht anhalten. Werden Sie jedoch nicht barsch und unfreundlich, sondern bleiben Sie konsequent und verbindlich. So können Sie Angriffen auf Ihre Person vorbeugen.

8. **Therapieren Sie keinen Narzissten:** Verfallen Sie niemals der Verlockung, einen Narzissten therapieren zu wollen, sei es nun durch eigene Maßnahmen oder indem Sie ihm zu einer [Therapie](#) raten. Ein Narzisst empfindet sich nicht als therapiebedürftig: in seiner Überzeugung ist er ein perfektes Wesen. Daher ist es ihm nicht möglich, seine unverhältnismäßigen Eigenschaften und deren Wirkung auf andere zu erkennen. Er ist eher der Meinung, alle andere bräuchten eine Therapie. Treten Sie daher nicht als Retter auf, der den Narzissten erlösen will. Es könnte sein, dass Sie hinterher selbst beim Psychiater landen.

9. **Den Ausgleich bei anderen Menschen suchen:** Ein Narzisst kann sich nicht auf andere Menschen einstellen, und schon gar nicht so, wie diese es bräuchten. Daher ist ein regelmäßiger Umgang mit anderen Menschen, die Ihnen das bieten können, was der Narzisst nicht bieten kann, wie z. B. ehrliches Verständnis und Anteilnahme, ein wichtiger Gegenpol. Suchen Sie den vertrauensvollen Umgang mit Menschen, die in der Lage sind, Sie so anzunehmen, wie Sie sind. Suchen Sie Menschen, die Ihr [Selbstvertrauen stärken](#) können und die Sie als einen wertvollen Freund betrachten. Wenn Sie dem Einfluss eines Narzissten zu viel und zu einseitig ausgesetzt sind, ist es essenziell, wieder Bestätigung und Bestärkung durch gute Freunde zu erhalten.

10. **Begrenzte Erwartungen an den Narzissten haben:** Natürlich gibt es wunderbare Seiten an einem Narzissten, die ein Zusammenleben aufregend und schön machen können. Da einem Narzissten aber die Tiefe und Breite menschlicher Emotionen fehlt, wird er Ihnen nur in einem begrenzten Rahmen emotionale Unterstützung bieten können. Wenn es um Fakten geht, wenn Sie einen sachlichen Rat benötigen, kann der Narzisst durchaus eine sinnvolle Option darstellen. Brauchen Sie hingegen Trost oder Verständnis, gehen Sie besser zu jemand anderem. Im Umgang mit einem Narzissten müssen Sie lernen, dass er Ihre Bedürfnisse nur begrenzt erfüllen kann. Den anderen Teil müssen Sie sich woanders holen, wenn Sie nicht dauerhaft leiden wollen.

11. **Sie können es einem Narzissten nie recht machen:** Der Narzisst ist total von sich überzeugt und glaubt, anderen Menschen überlegen zu sein. Vielleicht können Sie für kurze Zeit die Gunst des Narzissten erlangen und ihn beeindrucken. Das wird Ihnen aber nicht auf lange Sicht gelingen. Er wird Sie niemals als eine gleichwertige Person neben sich akzeptieren. Er braucht das Gefühl, überlegen und besser zu sein als andere. Und genau aus diesem Grund wird er immer wieder Ihre Schwächen suchen, um sie Ihnen schonungslos vor Augen zu führen.

12. **Hören Sie zu:** Nichts kann den **Narzissten** mehr aufregen als das Gefühl, dass man ihm nicht zuhört. Nicht zuhören bedeutet, ihn zu ignorieren. Und eine Ignoranz seiner Person empfindet er als eine Bestrafung, gegen die er sich entschlossen wehren muss. Daher sollten Sie ihm in der gemeinsamen Zeit Ihre ganze Aufmerksamkeit widmen und ihm interessiert zuhören. Aber beachten Sie, dass alles seine Grenzen hat.

Nicht immer wird man sich im Umgang mit einem Narzissten behaupten können, zu facettenreich sind die Reaktionsmuster eines Narzissten, die hier bei weitem nicht alle beschrieben werden können. Je krankhafter und extremer der Narzissmus ausgeprägt ist, desto weniger kann man sich auf die Person einstellen. Grundsätzlich gilt jedoch, dass Sie sich Ihre Autonomie bewahren sollten, indem Sie klare Grenzen setzen. Lassen Sie sich nicht vereinnahmen und zum bloßen Objekt machen. Bleiben Sie aber auch empathisch im Umgang mit einem Narzissten und haben Sie Verständnis für dessen Verhalten: ***Er darf einzigartig sein – Sie aber auch!***

Zusammenfassung: Kommunikation und Interaktion

- Situationsangemessenes Lob und positive Verstärker können hilfreich sein.
- Machtkämpfe mit den Betroffenen sind zu vermeiden, weil sie dann sofort in einen aggressiven „Überlebensmodus“ kommen.
- Erwartungen, sich mit ihm gegen Dritte zu verbünden, sollten zurückgewiesen werden.
- Kritik und Konfrontationen sollten wohl dosiert und sachbezogen das Gesicht wahren lassen und zudem eine Bedenkzeit erlauben, damit sie integriert werden können.
- Da stärker narzisstisch strukturierte Menschen kaum Kontakt zu ihren Gefühlen haben, verstehen sie meist auch die Gefühle anderer nicht. In persönlichen Beziehungen kann man versuchen das zum (Lern-)Thema machen, in beruflichen Beziehungen würde es jedoch wohl zu Manipulationszwecken ausgenutzt.

Tipp:

<https://umgang-mit-narzissen.de>

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen“

Literaturtipps:

Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (Hg.): Mit psychischer Krankheit in der Familie leben. Rat und Hilfe für Angehörige, Balance Verlag, Köln 2014

Eink, Michael/Haltenhof, Horst: Umgang mit suizidgefährdeten Menschen, Psychiatrie-Verlag, 5. Auflage, Köln 2016

Gräbener, Jens: Umgang mit traumatisierten Patienten, Köln 2013

Haerlin, Christiane/Plößel, Irmgard: Berufliche Beratung psychisch Kranker, Psychiatrie-Verlag, 3. Auflage, Köln 2018

Knuf, Anfreas/Tilly, Christiane: Borderline: Das Selbsthilfebuch, 8. Auflage Psychiatrie-Verlag, Köln 2018

Konrad, Michael/Rosemann, Matthias: Mobile Unterstützung zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, Köln 2016

Maaz, Hans-Joachim: Die narzisstische Gesellschaft. Ein Psychogramm, 4. Auflage, C.H. Beck, München 2014

Maaz, Hans-Joachim: Hilfe! Psychotherapie: Wie sie funktioniert und was sie leistet 4. Auflage, C. H. Beck, München 2014

Mahnkopf, Angela: Umgang mit depressiven Patienten, Psychiatrie-Verlag, Köln 2015

Rahn, Ewald: Menschen mit Borderline begleiten, Psychiatrie-Verlag, Köln 2019

Sachse, Rainer: Persönlichkeitsstörungen verstehen. Zum Umgang mit schwierigen Klienten, Psychiatrie-Verlag, 11. Auflage, Köln 2020

Schlichte, Gunda: Betreutes Wohnen. Hilfen zur Alltagsbewältigung, Psychiatrie-Verlag, 2. Auflage, Köln 2009

www.borderline-plattform.de
www.borderline-netzwerk.info
www.umgang-mit-narzissen.de

7. Psychosen

Diagnose Schizophrenie

wird nach dem *ICD 10* gestellt:

Wenn von den nachfolgenden Symptomen **1 bis 4**
mindestens **e i n** Symptom besteht **o d e r**

wenn von den folgenden Symptomen **5 bis 8**
mindestens **z w e i** Symptome bestehen.

Die Symptome müssen über einen Zeitraum von mindestens **einen Monat** vorhanden sein.

1. Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung
2. Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemeinens deutlich bezogen auf Körper- oder Gliederschmerzen oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen, Wahnwahrnehmungen
3. Kommentierende oder dialogische Stimmen, die über den Patienten und sein Verhalten sprechen, oder andere Stimmen, die aus einem Körperteil kommen
4. Anhaltender, kulturell unangemessener u. völlig unrealistischer Wahn, wie der, eine religiöse od. politische Persönlichkeit zu sein, übermenschliche Kräfte und Möglichkeiten zu besitzen

Zur Diagnose Fortsetzung – Seite 2 –

5. Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität, begleitet entweder von flüchtigen od. undeutlich ausgebildeten Wahngedanken ohne deutliche affektive Beteiligung, od. begleitet von anhaltenden überwertigen Ideen, od. täglich für Wochen od. Monate auftretend
6. Gedankenabreißen od. Einschiebungen im Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit, Danebenreden oder Neologismen (Wortneuschöpfungen) führt
7. Katatone Symptome wie Erregung, Haltungsstereotypien oder wächserne Biagsamkeit, Negativismus, Mutismus (zeitweiliges Verstummen) und Stupor (Zustand von Bewegungs- und Regungslosigkeit bei klarem Bewusstsein)
8. „Negative“ Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte od. inadäquate Affekte, die nicht durch eine Depression od. bestimmte Medikamente verursacht werden

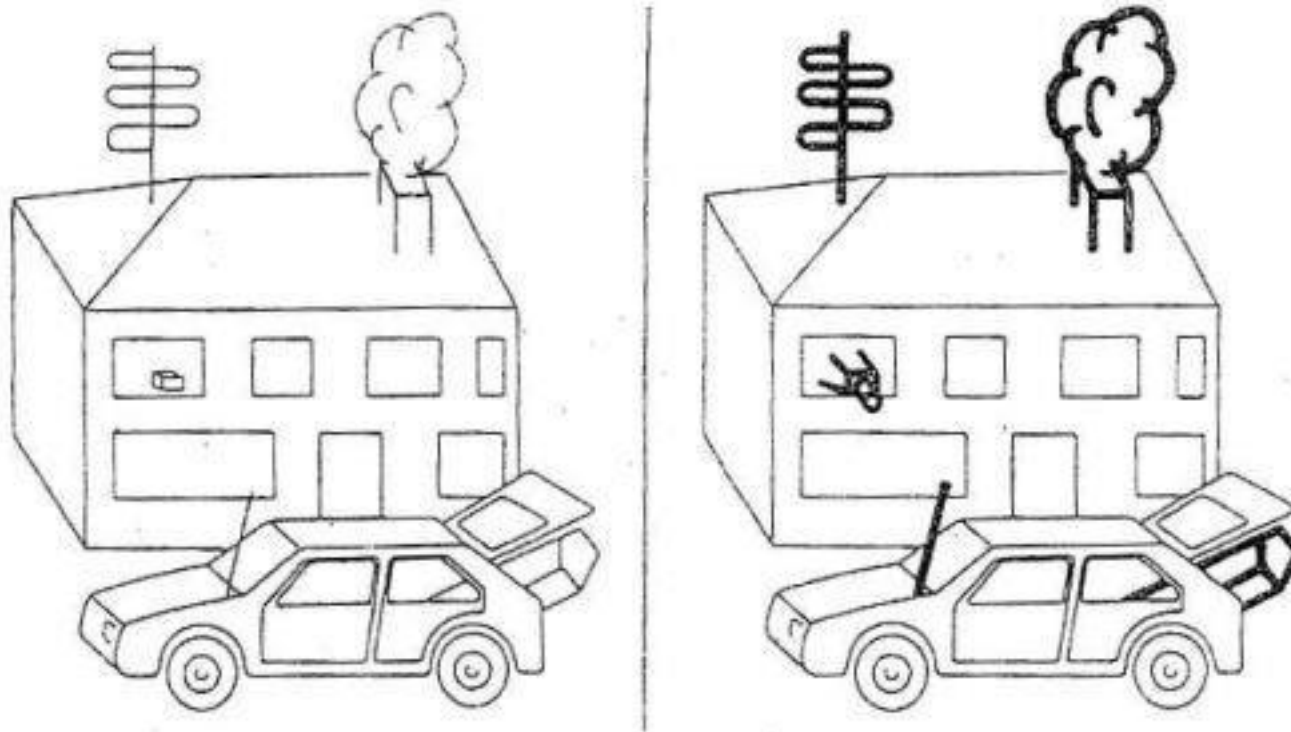


Abb. 1. Spaltung in zwei Realitäten. Das linke Bild zeigt eine gewöhnliche Alltagsszene mit einem parkenden Auto vor einem Wohnhaus. Bei einem psychotisch erkrankten Menschen kann diese harmlose Situation Todesängste auslösen (rechtes Bild)! Die Antenne auf dem Hausdach wird zum Radarempfänger, die Autoantenne zum dazugehörigen Sender. Die Truhe im Kofferraum stellt einen Sarg dar und der Rauch aus dem Kamin ist der untrügliche Beweis dafür, daß hier eben eine geheime Leichenverbrennung stattfindet. Das Kästchen im Fenster wird zur getarnten Kamera, die Ausschau nach neuen Opfern hält ...

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen

Paranoide Schizophrenie

Beispiel:

Herr B. ist – wenn er krank ist – fest davon überzeugt, daß seine Nachbarn ein Komplott gegen ihn betreiben. Sie hätten seine Wohnung mit Abhörgeräten verwanzt, würden ihn über die elektrischen Leitungen verstrahlen und versuchten so, ihn allmählich fertig zu machen und aus diesem Leben zu vertreiben. Auch seine „Darmirritationen“ kämen durch die Nachbarn, er spüre es direkt, wenn sie per Fernsteuerung seine Darmdrehungen, die sehr unangenehm seien, auslösten.

Diese Form, in der psychiatrischen Praxis auch als **Paranoid-halluzinatorische Psychose** bezeichnet, ist die weltweit häufigste Form. Das Bild ist geprägt von Wahnvorstellungen (Paranoia = Wahn) meist in Kombination mit Halluzinationen, besonders akustischer Art. Beispiele für die häufigsten Symptome sind *Verfolgungswahn* (Patient fühlt sich bedroht oder verfolgt), *Beziehungswahn* (Patient bezieht z.B. Dinge aus der Zeitung oder in seiner Umgebung auf sich), *Coenästhetischer Wahn* (Gefühl der Veränderung/Verunstaltung des Körpers oder einzelner Teile), Stimmen, die den Betroffenen bedrohen oder ihm Befehle geben, nonverbale akustische *Halluzinationen* wie Brummen, Pfeifen, Lachen, Geruchs- oder Geschmackshalluzinationen (z.B. verbunden mit der Angst, vergiftet zu werden), sexuelle oder andere Körperhalluzinationen.

Die paranoide Schizophrenie verläuft meist in Episoden mit oft vollständiger Rückbildung der Symptomatik, kann jedoch auch chronisch verlaufen. Die Behandlung erfolgt nach den allgemeinen Behandlungsregeln einer Schizophrenie,

Beispiel:

Ein Bewohner eines Dauerwohnheimes hat sich in den letzten Tagen immer mehr zurückgezogen. Scheinbar unvermittelt wird er immer gereizter und beschuldigt Mitbewohner, ihn vergiften zu wollen. Deshalb weigert er sich, in dem Haus zu essen und wolle Anzeige wegen Mordversuch erstatten. Möglicherweise ist in der dichten Form des Zusammenlebens mit anderen Bewohnern für den Betroffenen mit der Zeit eine unerträgliche innere Anspannung entstanden, die nicht durch ein klärendes Gespräch oder Veränderung der Beziehungen („normale Reaktion“), sondern nur durch den Ausweg über eine psychotische Reaktion (Externalisierung, Konkretisierung und Grenzziehung) „gelöst“ werden konnte. Das Beispiel zeigt aber auch, wie durch diese „Lösung“ neue soziale Probleme und Konflikte (mit den anderen Heimbewohnern und der Leitung) entstehen.

Psychosen: Wahnerkrankungen

Hierbei handelt es sich um ein umschreibbares eigenständiges Wahnsystem wie beispielsweise:

- Beziehungswahn
- Verfolgung und Beeinträchtigungswahn, d. h. alle Vorgänge werden auf sich bezogen und als feindlich wahrgenommen
- Verfolgungswahn
- Liebeswahn
- Vergiftungswahn
- Eifersuchtswahn
- Größenwahn
- Hypochondrischer Wahn
- Dermatozoenwahn, „Ungeziefer auf oder unter der Haut“
- Religiöser Wahn

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen“

Wer wähnt, geht von irrigen Vermutungen aus, die er selbst in die Welt setzt oder die er ungeprüft von anderen *übernimmt*. Statt wahrzunehmen, was wahrnehmbar ist, entwirft der Wahnkranke Vorstellungsbilder, die er mit der Realität verwechselt.

Sprachgeschichtlich gehen *Wahn* und *wähnen* auf dieselbe indogermanische Wurzel wie *gewinnen* zurück. Zur Grundbedeutung dieser Wurzel gehört die Tätigkeit des Umherstreifens, Trachtens und Nach-etwas-Suchens.

Wahn ist daher nicht einfach nur abwegig, sinnlos und absurd. Wahn hat vielmehr ein Ziel. Er entzündet sich am Unterschied zwischen dem, was wirklich ist, und dem, wie der Kranke sich und die Welt gerne sähe. Wahn ist der Versuch, einen Kampf gegen die Wirklichkeit durch Bilder zu gewinnen. Je mehr der Wahnkranke seinen Irrtum verleugnet, desto weiter versteigt er sich in egozentrische Sichtweisen. Die gesteigerte Verirrung wird zum Werkzeug des Wahnkranken, um ein Eingeständnis der Verirrung zu vermeiden.

So entsteht ein paranoider Kreislauf: Je schwerer der Irrtum ist und je länger er behauptet wird, desto mehr Mut bräuchte der Kranke, sich den Irrtum einzugestehen. Oft hat er ihn nicht.

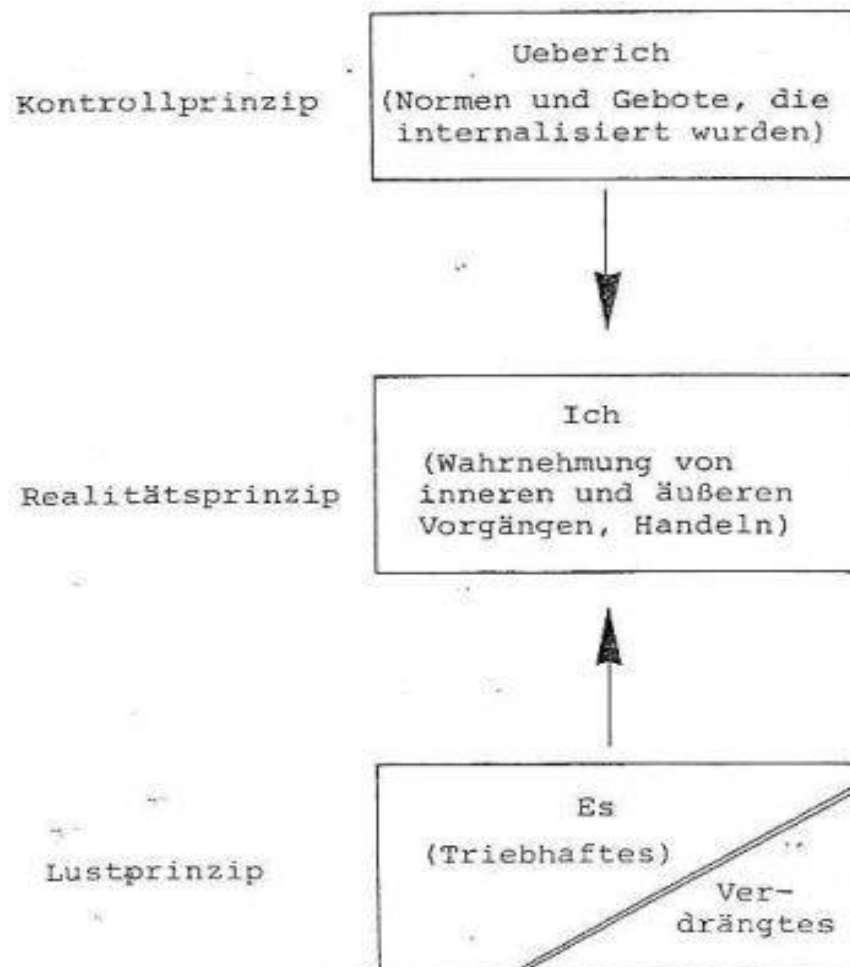
Wahn und Wahrnehmung

Typisch für paranoides Erleben sind sogenannte Wahnwahrnehmungen.

Als ein roter Wagen um die Ecke bog, wusste ich, dass ich bis aufs Blut würde kämpfen müssen.

Die Wahnwahrnehmung zeigt, wie neutrale Wahrnehmungen durch Vorstellungsinhalte überlagert werden. Statt die Wahrnehmung so stehen zu lassen, wie sie ist, werden Vermutungen und subjektive Deutungen hineininterpretiert. Resultat sind privatistische Weltbilder, deren Struktur von den Ängsten und Wünschen des Ego bestimmt wird.

Ursachenüberlegungen



Das Überich enthält die gesellschaftlichen Normen und moralischen Vorstellungen, die im Laufe der Sozialisation z. B. von den Eltern an ihre Kinder weitergegeben und so zu einem Bestandteil der Persönlichkeit wurden. Es entspricht dem, was man als Gewissen bezeichnet.

Das Überich hat die Funktion, die aus dem Es resultierenden ungezügelter Trieb zu kontrollieren. Konflikte zwischen Es und Überich sind damit unvermeidlich.

In diesem Konflikt übernimmt das Ich eine Vermittlerrolle. Seine Aufgabe besteht darin, zwischen den triebhaften Wünschen des Es und den Ansprüchen der sozialen Umwelt, die sich im Überich manifestieren, einen Ausgleich bzw. Kompromiß zu finden. Das Ich handelt damit nach dem Realitätsprinzip.

Das Es enthält die triebhaften Bedürfnisse und Wünsche eines Menschen. Es reagiert irrational und drängt unmittelbar nach Triebbefriedigung (z. B. Hunger, Durst, Sexualität, Macht) ohne Barrieren, die durch die gesellschaftliche Umwelt gesetzt werden, zu beachten. Seine Inhalte sind unbewußt, die sich abspielenden Prozesse lassen sich nur indirekt, beispielsweise aus Träumen erschließen.

Ursachenüberlegungen

- Die Neurose verleugnet die Realität nicht, sie will nur nichts von ihr wissen. Die Psychose verleugnet sie und versucht sie zu ersetzen.
- In einer symbolischen Gleichsetzung werden Worte als die Wirklichkeit angenommen. Dann können Worte buchstäblich Berge versetzen, dann gibt es beispielsweise keine Lüge, keine Ausflucht. Dann kann das Liebesbekenntnis des Partners nicht mehr relativiert werden: „Ich liebe dich ganz und gar“ wird zu einer vollständigen Umhüllung, aus der es keinen Ausweg mehr zu geben scheint. Wenn die Partnerin einen „zum Fressen gern hat“, wird sie bedrohlich, ihre Liebe trachtet nicht nur nach der Eigenständigkeit, sondern sogar nach dem Leben. Mit Worten muss man spielen können; wenn sie sogleich auf die Realität durchschlagen kann man sich ihrer nicht mehr bedienen, sondern allenfalls nur noch entledigen bzw. verstummen.
- Innerpsychische Mafia-Organisation: Die Libido ist dem Todestrieb unterworfen. Die Destruktivität ist mächtiger und libidinös unterlegt. Der destruktive Narzissmus hat die Oberhand ... es macht Lust alles zu zerstören. Es darf keine Suche nach dem guten Objekt geben. Die innere Mafia wacht über die Einhaltung der destruktiven Tendenzen.

Behandlungsoptionen:

- **Medikamentöse Behandlung:**
(www.psychose.de/therapie-von-psychosen-04.html
www.bapk.de: Medikamente bei psychischen Erkrankungen)
- **Stationäre Behandlung auf Psychosestationen**
(Beispiele: www.mainkofen.de/psychosestation.html
www.uke.de/dateien/kliniken/psychiatrie-und-psychotherapie/flyer-pa2.pdf)
- **Ambulante Psychotherapie**
(<https://ddpp.eu/>, www.gba.de/informationen/richtlinien/20/)
- **Ambulante Soziotherapie: § 37a SGB V**
(www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/soziotherapie/soziotherapie.jsp)
- **Häusliche Psychiatrische Pflege § 37 SGB V**
(www.bapp.info)
- **Ergotherapie: § 32 SGB V**
(www.ergotherapie-de.com, www.gkv-spitzenverband.de)
- **Ambulant betreutes Wohnen**
(Beispiel Richtlinien SGB XII:
www.ortenaukreis.de/media/custom/2390_139_1.PDF?1395241095)
- **Berufliche Teilhabe/Rehabilitation**
(www.bag-rpk.de, <http://www.rpk-ggmbh-halle.info/standorte/rpk-erfurt/>)
- **Psychosegespräche, Betroffenenkompetenz, Psychoedukation, Angehörige**
(www.psychose.de, www.kompetenznetz-schizophrenie.de, www.bapk.de)
- **Ratgeber und Literaturtipps**
(www.betanet.de/download/ratgeber-psychosen.pdf
www.bar-frankfurt.de/publikationen/Arbeitshilfen)

Beratungshinweise:

- Bei Plusssymptomen: Akzeptieren sie die subjektive Wahrheit der Erkrankten, versuchen sie nicht den Wahn auszureden oder über Objektivität zu streiten.
- Vorsicht vor der sogenannten „Validierung“, d. h. den Wahn mit zu agieren. Es kann dann passieren, dass sie ins Wahnsystem einbezogen werden, dadurch die helfende Distanz verlieren und so in der akuten Situation auch den Klienten.
- Besser: Präsentieren Sie sich als „Anker“ in der Realität und betonen Sie subjektiv „Ich rieche das Gas nicht!“, „Ich sehe diese Dinge nicht!“ oder „Nein, ich höre die Stimmen nicht!“
- Bei Minussymptomen: Verlassen sie sich nicht zu sehr auf die Zusagen der Klienten. Sie können von den Betroffenen aus Beschämungsgefühlen oder fehlender realistischer Einschätzung des eigenen (Rest-)Leistungsvermögens oft nicht eingehalten werden. Missverstehen sie das nicht als absichtlich gegen Sie gerichtet oder als Unzuverlässigkeit.
- Versuchen Sie das Anforderungsniveau an die Minussymptomatik anzupassen, um für beide Seiten Erfolgserlebnisse zu kreieren.

Beratungshinweise:

- Als Grundhaltung sollte die Kommunikation authentisch und ehrlich sein, ein möglichst widerspruchsfreies verbales und nonverbales Verhalten ist hilfreich.
- Versuchen Sie die Angst und die Not zum Gesprächsthema zu machen und nicht die Wahnvorstellungen („ich nehme wahr, dass Sie offenbar große Angst haben“).
- Für Betroffene wie für Angehörige und Helfer ist die Teilnahme an Selbsthilfegruppen und „Psychosegesprächen“ oft eine große Hilfe.
- Sollte eine nachgewiesene Selbst- und Fremdgefährdung vorliegen, scheuen Sie sich nicht den ärztlichen Notdienst, die Bereitschaft des örtlichen Sozialpsychiatrischen Dienstes oder die Polizei zu verständigen.
- Absprachen sollten klar, eindeutig und verbindlich sein.
- Grundsätzlich ist in der Beziehungsgestaltung auf ein Austarieren des „Nähe-Distanz-Gleichgewichts“ zu achten. Gut gemeinte „Kumpelhaftigkeit“ (bitte nicht Duzen) kann dieses Gleichgewicht ebenso bedrohen wie zu viel Distanz oder gar Kühle und Teilnahmslosigkeit.

Beratungshinweise:

Das „Nähe-Distanz-Gleichgewicht“ kann unterstützt werden durch

- klare und eindeutige Rahmenbedingungen (z. B. definierte Besuchs- und Kontaktzeiten, Stations- oder Hausregeln)
- klare und eindeutige Absprachen über Art und Umfang des Kontaktes und der Betreuung.
- frühe und eindeutige Ankündigungen von bevorstehenden Änderungen oder Urlaub und Vertretung.
- Verbindlichkeit und Zuverlässigkeit des Betreuers (das sollte natürlich selbstverständlich sein, hat bei psychotischen Klienten aber noch mal eine besondere Bedeutung).
- Eine ironische, zweideutige oder widersprüchliche Kommunikation verwirrt („macht irre“).
- Paranoide Symptome können auch die Helfer ängstigen. Denken daran, das sind lediglich „die Geister nie niemand rief und die im Keller des Hauses der Klienten wohnen“

Beratungshinweise:

Hilfreich kann in bestimmten Situationen eine **Triangulierung sein**. Dieser Begriff beschreibt die Auflösung einer Zweierbeziehung in eine Dreierbeziehung. Hiermit ist bei Psychosen gemeint, dass der Klient Beziehungssituationen zum Betreuer als zu persönlich oder gar bedrohlich erlebt.

Triangulierung bedeutet, eine dritte Person (Kollege, andere Helfer) mit einzubeziehen oder auch der Verweis auf bestimmte Regeln oder Gesetze. So können Zweierbeziehungen „entschärft“ und eine bessere Akzeptanz bei dem Klienten erzielt werden.

Beispiel: Willi Wahn raucht trotz Verbots im Zimmer seines Wohnheims und die Krankenschwester spricht ihn darauf an. Der Klient reagiert ungehalten und wird aggressiv. Die Situation droht zu eskalieren. Die Krankenschwester erläutert ihm dann „Das Rauchverbot gilt für alle, auch für mich. Es ist eine allgemeine Hausregel und nicht gegen sie persönlich gerichtet.“

Möglichst kurze Sätze, keine Bildsprache und Zurückhaltung mit Ironie, Sarkasmus, Zweideutigkeiten etc...Menschen mit Schizophrenie denken oft sehr konkretistisch und können „Untertöne“ nur schwer wahrnehmen.

Fallbeispiel RPK:

Hintergrund: RPK in der Versorgungslandschaft

- Für Menschen mit psychischer Erkrankung gibt es zwei Formen der Medizinischen Rehabilitation: Psychosomatische Reha und RPK. Die beiden Maßnahmen unterscheiden sich deutlich voneinander.
- In Deutschland gibt es derzeit über 50 RPK Einrichtungen mit knapp 1800 Plätzen.
- Die Rehabilitation in einer RPK findet an der Lebenswelt orientiert im konkreten Lebenskontext der Rehabilitanden statt, also vorwiegend ambulant und wohnortnah. Sie dauert bis zu 24 Monate.
- Das Angebot einer Erprobung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ist obligat.
- Betroffene nehmen selber mit den regionalen Einrichtungen Kontakt auf. Die Mitarbeiter der RPK übernehmen die Beantragung der Kostenübernahme.

Laura S. hat vor drei Monaten mit ihrer Leistung in der RPK begonnen. Sie kann währenddessen in ihrer Wohnung bleiben und weiterhin mit ihrem Chor singen. Nach einem Hausbesuch durch einen Mitarbeiter der RPK nimmt sie das Chaos in ihrer Wohnung in Angriff, Schritt für Schritt fühlt sie sich wohler, kann schließlich ihre Freundin zum Kaffee trinken nach Hause einladen. Mit dem RPK-Arzt hat sie zu Beginn eine schlaffördernde Medikation vereinbart. Jetzt ist sie dabei, die Medikation zu reduzieren, da sie sich tagsüber zu müde fühlt. Der Austausch mit den Mitrehabilitanden in den unterschiedlichen Gruppenangeboten ist hilfreich, berufliche Perspektiven sind für alle Rehabilitanden zentrale Fragestellungen. Die RPK-Mitarbeiter lassen aber keinen Zweifel daran erkennen, dass vorab und parallel auch andere Themen des alltäglichen Lebens in die Rehabilitation einbezogen werden müssen. Entsprechende Handlungsziele werden gemeinsam abgestimmt. Ein wichtiger Aspekt für sie ist auch die zeitliche Perspektive von zunächst drei Monaten Reha mit der Option einer Verlängerung von bis zu einem Jahr oder auch mehr. Dies gibt ihr das Gefühl, die Probleme in einem angemessenen Tempo angehen zu können, ohne sich immer wieder selbst zu überfordern.

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen“

Nun sind bereits 5 Jahre vergangen seit Laura S. sich für eine Leistung in der RPK entschieden hat. Sie ist fast ein ganzes Jahr dort gewesen. Anfangs fiel es ihr sehr schwer, an allen Angeboten teilzunehmen. Sie berichtet im Nachgang, dass sie nur durchhielt, weil die Anforderungen immer wieder ganz individuell auf ihre aktuellen Bedürfnisse ausgerichtet worden seien. Erst nach vier Monaten Aufenthalt war sie bereit für ein erstes Praktikum. Sie wählte eine Tätigkeit, die zunächst gar nichts mit ihrem eigentlichen Beruf zu tun hatte und half in einem Second-Hand-Laden mit. Wichtig für ihre Entscheidung war, dort pünktlich anzukommen, die vereinbarten drei Stunden am Vormittag an drei Tagen in der Woche durchzuhalten und den Kontakt mit Kollegen zu erproben. Nie hätte sie erwartet, dass es eine so große Herausforderung sein könnte, Pausen mit Kollegen durchzustehen. Aber gleichzeitig wuchs auch ihre Zuversicht. Die zweite Erprobungsphase fand in einer Apotheke statt. Hier steigerte sie langsam ihre Arbeitszeiten und wurde immer belastbarer. Zwischenzeitlich hatte sie, unterstützt und begleitet von den Mitarbeitern der RPK, Kontakt zu ihrem alten Arbeitgeber. Eine betriebliche Wiedereingliederung ließ sich jedoch nicht realisieren. Der Reha-Berater der DRV, der regelmäßig in die RPK kam, schlug in der Folge eine Umschulung vor. Sie verhandelte einen Auflösungsvertrag, beantragte Leistungen zu Teilhabe am Arbeitsleben und begann im Anschluss an die RPK-Leistung eine von der DRV finanzierte betriebliche Umschulung zur Pharmazeutisch-kaufmännischen Assistentin in der Apotheke, in der sie ihr letztes Praktikum absolviert hatte. Nach der Ausbildung wurde sie dort mit einer 80%-Stelle übernommen. Im letzten Jahr war sie mit ihrem Chor auf einer Konzerttour im Elsass.

Tipps zum Weiterlesen:

Bauml, Josef (2008): Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige, 2. Auflage, Heidelberg etc. al.

Bock, Thomas (2003): Umgang mit psychotischen Patienten, Bonn

Finzen, Asmus (2011): Schizophrenie. Die Krankheit verstehen, behandeln, bewältigen, Bonn

Kipp, Johannes et. al. (2012): Beziehung und Psychose. Leitfaden für den verstehenden Umgang mit schizophrenen, depressiven und manischen Patienten, 3. Auflage, Gießen

Robert Koch Institut (2010): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 50 Schizophrenie, Berlin

www.bapk.de (Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker)

www.betanet.de (download/ratgeber-psychosen.pdf)

www.dgbs.de (Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen)

www.kompetenznetz-schizophrenie.de www.psychose.de



Psychosen

Sozialrechtliche und psychosoziale Informationen zur Erkrankung



www.betanet.de/download/ratgeber-psychosen.pdf

beta Institut

8. Psychosomatische Erkrankungen

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen“



Drei Monate zu früh dran

Die Zwillinge Kyrie und Brielle Jackson kommen fast drei Monate zu früh zur Welt, wiegen nur knapp ein Kilo, kommen in zwei Brutkästen im Medical Center of Central Massachusetts. Wegen Infektionsgefahr ist es in den USA verboten, frühgeborene Mehrlinge zusammen in ein Bettchen zu legen. Während Kyrie bald zunimmt, verschlechtert sich der Zustand ihrer Schwester von Tag zu Tag. Schwache Atmung, unregelmäßiger Herzschlag – die Ärzte können den Eltern kaum noch Hoffnung machen, dass Brielle durchkommt.

Zwei Herzchen wollen zueinander

Drei Wochen nach der Geburt beginnt auch der stärkere Zwilling plötzlich nach Luft zu schnappen: Herzfrequenzprobleme, kaum noch Sauerstoff im Blut. Die Krankenschwester Gayle Kasparian versucht alles, um Kyrie zu stabilisieren – vor den Augen ihrer entsetzten Eltern. Vergeblich – die Kleine läuft blau an. Nichts hilft. Auf einmal hat die Krankenschwester eine Eingebung: Sie missachtet die Vorschriften, riskiert ihren Job und legt die japsende Kyrie behutsam zu ihrer schwachen Schwester in den Brutkasten.

Nach drei Wochen endlich wieder zusammen

Kyrie schmiegt sich ganz eng an Brielle – und beruhigt sich sofort. Innerhalb weniger Minuten zeigen die Bildschirme wieder halbwegs normale Werte – und zwar bei beiden Zwillingen. Und dann trauen die Umherstehenden ihren Augen kaum: Das stärkere Frühchen legt seinen Arm um das schwächere. Seelenruhig schlafen sie Seite an Seite ein – nach dreiwöchiger Trennung. Die Ärzte gehen das Risiko ein und lassen fortan beide Zwillinge im selben Inkubator. Plötzlich beginnt auch Brielle zuzunehmen, wird täglich kräftiger. Zwei Monate später kommen zwei gesunde Babys nach Hause.

Ein Bund für das ganze Leben

Das Foto von der „lebensrettenden Umarmung“ sorgt in Amerika 1995 für Furore. Heute sind die Jackson-Zwillinge zwei völlig normale, lebensfrohe Teenager – aufgewachsen in einem gemeinsamen Kinderzimmer. Und die Methode, Mehrfach-Frühgeborene in einen gemeinsamen Brutkasten zu legen, ist in den meisten Kliniken weltweit Standard geworden. Nach Monaten der Zweisamkeit im Bauch der Mutter gehören sie auch nach der Geburt zusammen. Denn dies ist die größte Sorge eines Zwillingings: Wo ist der andere? Geht es ihm gut?

Man kann zwischen „spezifischen“ und „unspezifischen“ psychosomatischen Erkrankungen und Beschwerden unterscheiden. „Spezifisch“ bedeutet, dass eine nachweisbare Organschädigung besteht (beispielsweise Entzündung des Darms bei Morbus Crohn). Eine Behandlung muss daher sowohl somatisch (Medikamente, OP etc.) und psychotherapeutisch erfolgen. „Unspezifisch“ bedeutet, dass keine Organschädigung besteht. Die vegetative Funktion ist gestört, nicht das Organ- bzw. Organsystem. Die Beschwerden sind für die Betroffenen dennoch real und nicht eingebildet. Ambulante und/oder stationäre Psychotherapie ist bei spezifischen und unspezifischen psychosomatischen Krankheiten notwendig und hilfreich.

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen

Beispiele spezifische psychosomatische Krankheiten:

Neurodermitis

Essstörungen

Morbus Crohn

Colitis ulcerosa

Asthmavarianten

Magen-/Darmgeschwüre

Allergien

Koronare Herzerkrankungen

Beispiele unspezifische psychosomatische Beschwerden:

Neurasthenie

Vegetative Dystonie

Somatoforme Störung

Ohrgeräusche und Tinnitus

Herzrasen und Atemnot

Migräne und Spannungskopfschmerz

Essenzieller Bluthochdruck

Rückenschmerzen/Beschwerden Stütz- und Bewegungsapparat

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen“

Symptom Schlafstörungen

Diagnose: Eine Studie aus der Schlaafforschung zeigt: Jeder vierte Deutsche schläft schlecht. Die häufigsten Ursachen hierfür sind **Familien-, Erziehungs-, Job- und finanzielle Probleme.**

Therapie: Bei Schlaflosigkeit durch angespannte Nerven hilft **Homöopathie: Avena sativa D3.** Studien zeigen: Klassische Musik führt zu gesundem Schlaf, weil sie das Gehirn in den ruhigen Alphawellen-Rhythmus bringt.

Symptom Chronische Müdigkeit

Diagnose: Hirnforscher haben entdeckt: Wenn das Gehirn zu viele **Stresshormone ausschüttet**, reagiert der Körper mit Müdigkeit oder Heißhungerattacken, um die Energieverluste wieder auszugleichen.

Therapie: Untersuchungen von Sportmedizinern zeigen: Bei Müdigkeit heißt **das beste Medikament Aktivität.** Viermal die Woche 40 Minuten Walking oder Schwimmen beleben den Körper und bringen die Energie zurück.

Symptom Atemnot

Diagnose: Psychiater wissen: In 90 Prozent aller Fälle **hat Atemnot keine organische Ursachen.** Betroffene stehen unter starkem Druck, ihnen fehlt die Zeit zum Durchatmen.

Therapie: Atemnot führt zu Panik, weshalb zunächst die Atmung reguliert werden muss. Wirksam im Akutfall: **Symbioort-Spray.** **Langzeittherapie:** **Einmal wöchentlich QiGong** entspannt und verbessert die Sauerstoffaufnahme. Und: Dreimal täglich ganz bewusst fünf Minuten lang tief ein- und ausatmen.

Symptom Rückenschmerzen

Diagnose: Rückenschmerzen nehmen in Krisenzeiten zu. Durch zu **viel Anspannung im Job und zu wenig Entspannung in der Freizeit** verhärten sich die Muskeln, der Schmerz beginnt. Durch Schonhaltung wird dieser Prozess noch weiter verstärkt.

Therapie: Gegen akute Schmerzen verordnen Psychosomatiker Schmerzmittel, **gegen chronische Schmerzen Bewegung:** täglich 30 Minuten greift in den Hormonhaushalt des Gehirns ein. Stresshormone werden abgebaut. Muskelgruppen gelockert.

Symptom Schwindel

Diagnose: Bei einem Kongress kamen Psychiater zu dem Schluss: Schwindel ist in 80 Prozent aller Fälle eine **Schutzreaktion des Gehirns**, wenn der Körper an seine Leistungsgrenze geraten ist.

Therapie: Mit Galantwurzeln wird der Schwindel gestoppt. Eine US-Studie zeigt: Wer eine **Entspannungstechnik erlernt (z. B. QiGong)**, hat nach 4 Wochen deutlich weniger Stresshormone und mehr Immunzellen.

Symptom Neurodermitis

Diagnose: Untersuchungen deutscher Kinderärzte ergaben: Betroffen sind oft besonders sensible Kinder, die einen **inneren Konflikt mit sich austragen.** Dieser kehrt sich durch den Hautausschlag nach außen.

Therapie: Eine Studie der Roha-Klinik Graal-Müritz ergab: Eine **Tinktur mit Stutenmilch** verbessert das Hautbild. Einfache Entspannungstechniken wie autogenes Training senken die Häufigkeit der Schübe.

Symptom Tinnitus

Diagnose: Ärzte des deutschen HNO-Verbands fanden heraus: Ängstliche, besonders engagierte und zu **Depressionen neigende Menschen** leiden am häufigsten unter den quälenden Ohrgeräuschen.

Therapie: Britische Forscher konnten jetzt nachweisen: Mit **chinesischer Akupunktur** verringern sich die Töne auf ein erträgliches Maß. Ärzte raten außerdem zu einer psychotherapeutischen Behandlung.

Symptom Bluthochdruck

Diagnose: Bis zu 70 Prozent aller Bluthochdruck-Fälle sind auf **seelische Ursachen zurückzuführen**, fanden Psychotherapeuten heraus. Häufigste Gründe: Stress im Job und Partnerschaftsprobleme.

Therapie: Wenn ein Medikament notwendig ist, wird zur Basistherapie oft ein **Betablocker empfohlen.** Stress-Studien zeigen jedoch: Schon nach 30 Minuten Bewegung in der Natur sinken Puls und Blutdruck.

Symptom Magenschmerzen

Diagnose: Ein Klassiker in der Psychosomatik: Betroffene **schlucken so lange ihren Ärger hinunter**, bis die aufgestauten Gefühle zu schmerzhaften Magenkrämpfen führen.

Therapie: Weil Krämpfe oft heftig sind, wird mit neben medikamentöser Hilfe oft eine **Schmerzbewältigungstherapie** angeboten. Dabei lernt der Patient, Ärger auszuleben, indem er z. B. auf ein Kissen schlägt. Das setzt im Hirn Beta-Endorphine frei, die Spannungen abbauen und die Stimmung aufhellen.

Behandlungsoptionen:

- Ambulante Psychotherapie (siehe Anhang 1)
-
- Stationäre Therapie (siehe Beispiel nächste Folie)
- Behandlung durch einen niedergelassenen Arzt für Psychosomatische Medizin
- Selbsthilfegruppen (Recherche über KISS oder NAKOS)

Therapie des Morbus Crohn in der Hardtwaldklinik II:

Die stationäre Therapie des Morbus Crohn in der Hardtwaldklinik II besteht aus einer patientenorientierten internistischen Behandlung, in deren Rahmen auch eine individuelle medikamentöse wie diätetische Therapie erfolgen kann, in Kombination mit psychotherapeutischen Maßnahmen, die eng miteinander vernetzt sind. Stützende und konfliktzentrierte psychotherapeutische Einzelgespräche, aber auch Gruppentherapie kommen zur Anwendung. Kombiniert werden können damit kreativpsychotherapeutische Gruppen- und Einzelverfahren wie Konzentrative Bewegungstherapie (KBT), Gestaltungstherapie oder Musiktherapie.

Krankheitsbewältigung ist ein vorrangiges Thema. Ergänzend kommen Entspannungsverfahren wie Autogenes Training (AT) oder Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson (PMR) hinzu, die unterstützend auf den psychotherapeutischen Prozess wirken. Parallel zur individuellen Beratung der Betroffenen kommen noch Allgemeinmaßnahmen zur Anwendung.

Besonderer Wert wird dabei auch auf eine enge Kooperation zwischen Klinik und niedergelassenen Fachkollegen gelegt, um eine möglichst umfassende Versorgung auch im Hinblick auf eine mögliche Fortsetzung der Therapie im ambulanten Setting zu gewährleisten.

Die Kombination organmedizinischer und psychotherapeutischer Maßnahmen ergibt eine optimale Behandlungsmöglichkeit des Morbus Crohn mit deutlich besseren Langzeitergebnissen gegenüber Einzelmaßnahmen.

Beratungshinweise:

- Psychosomatische Erkrankungen, bei denen eine Körperbeeinträchtigung nachweisbar ist, sollten immer somatisch und psychotherapeutisch behandelt werden. Dies erfolgt keineswegs automatisch!
- Eine hilfreiche Unterstützung wäre daher, über Möglichkeiten einer stationären und/oder ambulanten Psychotherapie zu informieren.
- Auch bei Betroffenen mit „unspezifischen“ psychosomatischen Beschwerden ist ausschließlich Psychotherapie nachhaltig hilfreich.
- Viele Patienten sind allerdings sehr von einer körperlichen Ursache der Erkrankung überzeugt und stehen deshalb einer psychischen Verursachung der Beschwerden skeptisch gegenüber.
- Machen Sie die Betroffenen behutsam darauf aufmerksam, dass ein weiteres Bestehen auf einer körperlichen Ursache der Beschwerden bzw. eine Unterlassung psychotherapeutische Hilfen bedeuten wird, dass die Symptome und Beschwerden sich nicht bessern.

9. Sucht

Ärzte Zeitung online, 11.04.2017 11:47

Jahrbuch Sucht

1,9 Millionen sind medikamentenabhängig

Weniger Nikotin, mehr Schlafmittel, Alkohol bleibt stabil: Das Jahrbuch Sucht zeichnet ein detailliertes Bild der Abhängigkeiten in Deutschland. Für Hypnotika sind dabei Privatrezepte inzwischen eher die Regel als die Ausnahme.

BERLIN. Bis zu 1,9 Millionen Menschen in Deutschland sind abhängig von Medikamenten. Diese Hochrechnung stellen die Autoren des "Jahrbuches Sucht 2017" der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) an. Die Medikamentenabhängigkeit ist ein Schwerpunkt der aktuellen Ausgabe.

Nach der Tabaksucht gilt die Arzneimittelabhängigkeit damit als die zweithäufigste Form der Abhängigkeit in Deutschland, noch vor Alkohol. Der Gesundheitsforscher und Ko-Autor des Jahrbuches Professor Gerd Glaeske von der Universität Bremen beklagte die in den vergangenen Jahren zunehmende Intransparenz dieser Szene. Mehr als drei Viertel der 1,9 Millionen Betroffenen sei von Tranquilizern und Schlafmitteln abhängig. Mehr als die Hälfte der Benzodiazepine und der "Z-Drugs", Schlafmittel mit den Wirkstoffen Zolpidem und Zopiclon, würden mittlerweile auch für gesetzlich Versicherte auf Privatrezept verordnet. Das hätten Apotheker bestätigt, sagte Glaeske. Die unerwünschte Nebenwirkung Abhängigkeit verschwinde damit im Nebel.

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen“

Vor allem ältere Menschen jenseits eines Alters von 65 Jahren seien betroffen und unter ihnen besonders die Frauen. Sie liefen Gefahr, kognitive Fähigkeiten zu verlieren. Die Sturzgefahr steige. In Alten- und Pflegeheimen würden solche Arzneien benutzt, um ganze Abteilungen zu beruhigen, wenn zu wenig Pflegepersonal vorhanden sei, sagte Glaeske. Neuere Studien zeigten, dass der fortgesetzte Missbrauch von Schlafmitteln möglicherweise das Risiko von Alzheimerdemenz fördere.

Die Vertreter der Hauptstelle forderten Ärzte auf, abhängigkeitsindizierte Arzneimittel nur nach klarer Indikationsstellung und Aufklärung über das Abhängigkeitspotenzial zu verordnen. Die Therapiedauer sollte kurz sein. Langzeitverordnungen seien in den Leitlinien nicht vorgesehen. Zudem sollten Ärzte die Patienten bis zum Absetzen und auch bei Entzugerscheinungen behandeln. Ein bereits 2007 dafür mit der Bundesärztekammer entwickelter Leitfaden sei von der Ärzteschaft kaum abgerufen worden.

Als intransparent gilt ausweislich des Jahrbuchs auch die Versorgung mit Schmerzmitteln. Die Schmerztherapie in Deutschland werde beherrscht von Analgetika zur Selbstmedikation, warnte Glaeske.

An das Gesundheitsministerium richtete der Arzneimittelexperte die Aufforderung, den Auftrag an das Institut für Therapieforschung in München neu zu definieren. Das Institut untersuche bei Arzneimitteln ausschließlich die Altersgruppen bis zum 64. Lebensjahr. Für viele ältere Medikamentenabhängige lägen somit keine validen Daten vor.

Jahrbuch Sucht

- **Alkohol:** Der Pro-Kopf-Verbrauch an reinem Alkohol bleibt 2015 im Vergleich zum Vorjahr bei 9,6 Liter reinen Alkohols. 74.000 Todesfälle werden darauf zurückgeführt. Alkoholassoziierte Diagnosen waren 2015 mit 326 971 Behandlungsfällen Platz zwei in Krankenhäusern
- **Tabak:** 2013 starben etwa 120.000 Menschen an den Folgen des Rauchens.
- **Illegale Drogen:** Die Zahl der Drogentoten steigt. 2015 wurden in Deutschland 1226 drogenbedingte Todesfälle polizeilich registriert.

Quelle: DHS

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen“

Leider hat sich an diesen erschreckenden Zahlen zum Thema Sucht seit dem nicht viel geändert.

Sucht ist die umgangssprachliche Bezeichnung für die Abhängigkeit von einer Substanz oder einem Verhalten. Es gibt Substanzgebundene Abhängigkeiten wie beispielsweise von Alkohol, Medikamente, Tabak, Kokain, Cannabis oder von synthetischen Drogen wie Crystal und es gibt nicht Substanzgebundene Abhängigkeiten wie beispielsweise Spielsucht, Sexsucht, Internetsucht oder Kaufsucht. Beide Varianten können zu schweren körperlichen und/oder psychischen, sozialen und ökonomischen Schäden führen. Abhängigkeit bedeutet, dass die Süchtigen nicht mehr ohne das Suchtmittel leben können (Abhängigkeitssyndrom). Charakteristisch für Substanzgebundene Abhängigkeiten ist ein starkes, oft unüberwindbares Verlangen, sich die Substanz zuzuführen. Weitere Kennzeichen sind eine ständige oder periodische Einnahme der Substanz, Schwierigkeiten den Konsum zu kontrollieren und eine fortschreitende Vernachlässigung anderer Verpflichtungen und Aktivitäten. Es kommt dabei meist zu einer Toleranzerhöhung und manchmal auch zu körperlichen Entzugssyndromen. In ähnlicher Weise gilt dies auch für die nicht Substanzgebundenen Abhängigkeiten.

Beim Substanzgebundenen Abhängigkeitssyndrom müssen nach dem ICD-10/ICD 11 und dem DSM V mindestens drei der folgenden Kriterien während des letzten Jahres erfüllt gewesen sein:

1. starkes, oft unüberwindbares Verlangen, die Substanz einzunehmen
1. Schwierigkeiten, die Einnahme zu kontrollieren (was den Beginn, die Beendigung und die Menge des Konsums betrifft)
2. körperliche Entzugssymptome
3. benötigen immer größerer Mengen, damit die gewünschte Wirkung eintritt
4. fortschreitende Vernachlässigung anderer Verpflichtungen, Aktivitäten, Vergnügen oder Interessen (das Verlangen nach der Droge wird zum Lebensmittelpunkt)
5. fortdauernder Gebrauch der Substanz(en) wider besseres Wissen und trotz eintretender schädlicher Folgen.

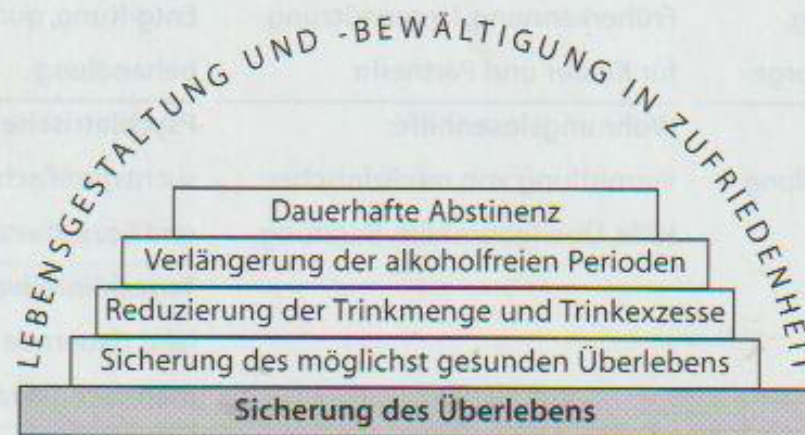
Die klassische Therapie bei einem Abhängigkeitssyndrom hat meist den dauerhaften Verzicht (Abstinenz) auf die abhängigkeits erzeugende Substanz zum Optimalziel und gliedert sich in der Regel in folgende Punkte:

1. Körperlicher Entzug der abhängig machenden Substanz (Entgiftung)
2. Stationäre Psychotherapie in einer Fachklinik (Entwöhnung)
3. Einbeziehung der Angehörigen und Bezugspersonen (Co-Abhängigkeit)
4. Ambulante Nachsorge

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen“

Vom körperlichen Entzug abgesehen, sind diese Grundsätze auch auf die Therapie nicht Substanzgebundener Abhängigkeiten transponierbar. Eine Besonderheit ist in der Behandlung Opiatabhängiger die (manchmal dauerhafte) Verabreichung eines Substitutionsmittels (beispielsweise Methadon).

Suchtmittelbezogene Zielehierarchie (nach Kruse u. a. 2001)

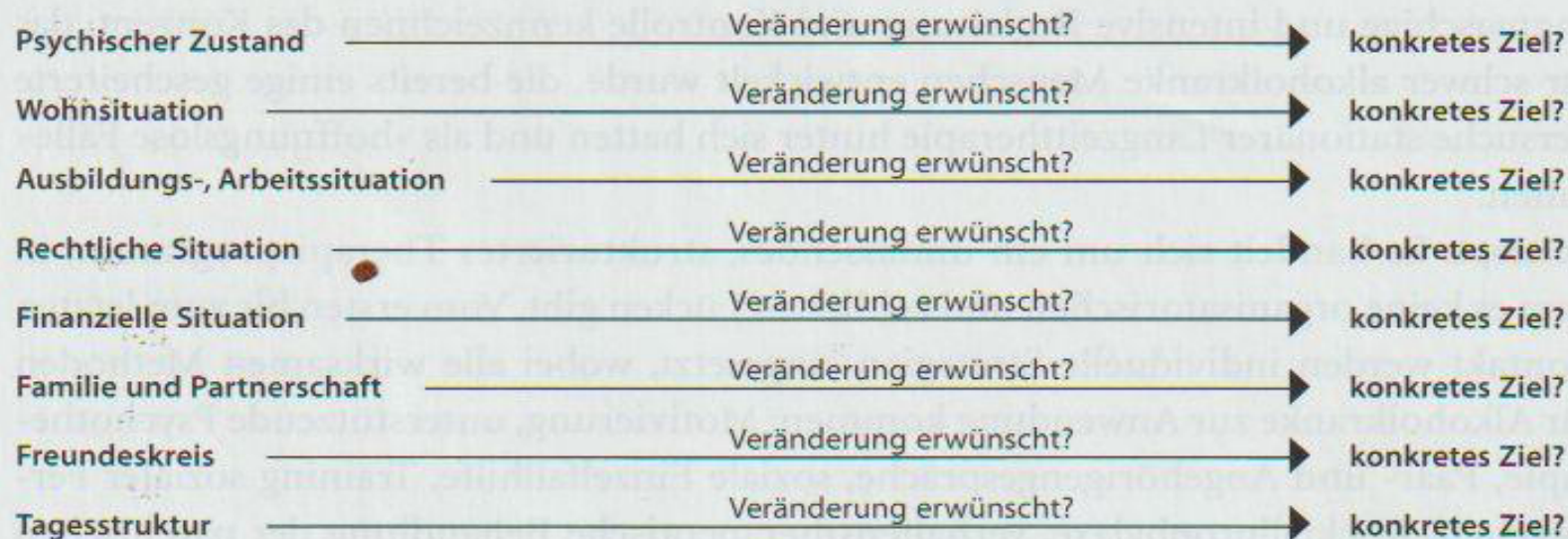


Da es aber nie nur um den Suchtmittelkonsum geht, muss in jedem Einzelfall geprüft werden, in welchen Bereichen aktuell Veränderungen versucht werden sollten und auf welchem Wege sie zu erreichen sind:

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen

Die klassische Therapie bei einem Abhängigkeitssyndrom hat meist den dauerhaften Verzicht (Abstinenz) auf die abhängigkeiterzeugende Substanz zum Optimalziel und gliedert sich in der Regel in folgende Punkte:

1. Körperlicher Entzug der abhängig machenden Substanz (Entgiftung)
2. Stationäre Psychotherapie in einer Fachklinik (Entwöhnung)
3. Einbeziehung der Angehörigen und Bezugspersonen (Co-Abhängigkeit)
4. Ambulante Nachsorge



Die gemeinsame Abklärung der als Erstes anzustrebenden Ziele entlastet nicht nur den Süchtigen, sondern bewahrt auch den Sozialarbeiter davor, sich mit unrealistischen Aufgaben zu überfordern.

Langer Atem: Man braucht einen »langen Atem«, denn Suchtbehandlungen brauchen viel Zeit. Zwar wird auch im Suchtbereich durch die Kostenträger zunehmend Druck ausgeübt, die Behandlungszeiten zu verkürzen, es hat sich aber gezeigt, dass gerade bei chronisch mehrfach beeinträchtigten Alkoholikern längere und sorgfältig durchgeführte Behandlungen kurzen Behandlungen überlegen sind. In der somatischen Medizin wird ohne Weiteres akzeptiert, dass eine Diabeteserkrankung lebenslang behandelt werden muss. Dies kann auch bei einer Suchterkrankung erforderlich sein. Auch dieses Wissen kann die Fachkraft von dem Druck entlasten, allzu schnell etwas erreichen zu wollen, oder auch vor Enttäuschung bewahren. Enttäuschungen sind vorprogrammiert, wenn man als Suchthelfer davon ausgeht, dass Rückfälle Misserfolge sind.

Die Bereitschaft, mit Rückfällen umzugehen: Rückfälle gehören zu dieser Erkrankung. Das Wissen darum, die Vorbereitung darauf und der aktive Umgang damit ersparen dem Betroffenen und der Sozialpädagogin das Gefühl von Ohnmacht und Versagen. Für die präventive und nachgehende Auseinandersetzung mit diesem Krankheitssymptom gibt es heute hilfreiche Konzepte und psychoedukative Programme

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen“

Was tun, wenn man von Alkohol-, Crystal-, Spielabhängigkeit etc. betroffen ist? Bei Suchtproblemen hat sich in unserem Versorgungssystem ein gewisser Sonderweg etabliert. In anerkannten Suchtkrankeneberatungsstellen SuchtspezialistInnen (ÄrztInnen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen etc.) mit entsprechenden Zusatzausbildungen, die sowohl an Selbsthilfegruppen vermitteln, wie auch ambulante Therapien durchführen und stationäre Therapien einleiten können. Die Beratung und Therapie dort unterliegt der Schweigepflicht, ist kostenlos und/oder wird von den Sozialversicherungsträgern (Krankenkassen, Rentenversicherung) bzw. den Sozialhilfeträgern bezahlt. Auf www.bzga.de/service/beratungsstellen/suchtprobleme finden Sie ein Verzeichnis der Suchtberatungsstellen und Selbsthilfegruppen. Hilfreich kann auch eine erste Orientierung und Suchtberatung im Internet sein (Beispiel: www.caritas.de/hilfeundberatung/onlineberatung/suchtberatung).

Definitionen:

Entgiftung: Körperlicher Entzug (ca. 14 Tage in der Klinik, Kostenträger GKV)

Entwöhnung: Anschließende Suchtkrankentherapie in einer therapeutischen Fachklinik (3 – 6 Monate, Kostenträger in der Regel GRV)

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen“

Fachkräftegebot in anerkannten Suchtkrankenberatungsstellen:

Die **Weiterbildung zum Gruppen- und Einzeltherapeuten im Tätigkeitsfeld der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker** kann im Verfahren **Tiefenpsychologie** absolviert werden. Die Weiterbildung ist **durch die Deutsche Rentenversicherung (DRV) als Curriculum auf tiefenpsychologischer Grundlage anerkannt** und befähigt die Teilnehmer, gemäß den Vorgaben der Vereinbarung "Abhängigkeitserkrankungen" zwischen Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern, in der medizinischen Rehabilitation Suchtkranker tätig werden zu können.

Der Einstieg ist jeweils im Sommer- und Wintersemester möglich (1. Februar bzw. 1. September).

Grundcurriculum

- ✓ Die Vermittlung der erforderlichen theoretischen Grundlagen sowie der Methoden und Techniken umfasst 200 Stunden.
- ✓ Die fallzentrierte Arbeit und die fortlaufende Supervision (kontrollierte Fallarbeit) der eigenen therapeutisch-rehabilitativen Tätigkeit umfasst 200 Stunden.
- ✓ Die berufsbezogene Selbsterfahrung umfasst 200 Stunden.

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen“

Fallbeispiel:

Der 40jährige geschiedene, kinderlose Mann lebt alleine in ländlicher Umgebung. Die Kontakte zur Familie sind abgebrochen, die Suchtanamnese beginnt mit dem 14. Lebensjahr, mit 18 protrahierte Rauschzustände am Wochenende.

Mehrfache Arbeitsplatzverluste, zuletzt als Fliesenleger bei Zeitarbeitsfirma tätig.

Patient ist jetzt zu Hause gestürzt, wegen Schürfwunden und beklagten Magenschmerzen in internistischer Poliklinik.

Am Folgetag unter dem Bild einer akuten Alkoholintoxikation (AAK 3,1 Promille) stationäre Aufnahme in psychiatrischer Klinik, dort schweres vegetatives Entzugssyndrom.

Diagnosen:

- aktuell: -Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10.2)
- Alkoholentzugssyndrom ICD-10: F10.3)
- akute Gastritis (ICD-10: K29.1)

Psychosozialer Befund:

Arbeitslos, lebt alleine, Sozialdienst findet eine verwahrloste Wohnung vor. Selbstversorgung auch aufgrund der isolierten Lage des alten Hauses nicht gewährleistet. Einleitung einer 6-monatigen stationären Entwöhnungstherapie.

Mittlerweile ist der Kunde seit vier Monaten Krank geschrieben. Welche Wege und Hilfen gibt es?

Eine erste Einschätzung in nur wenigen Minuten

Selbsttest zum Alkoholkonsum

Alkohol zu trinken ist gesellschaftlich akzeptiert. Vom Frühschoppen über das Feierabendbier bis zum Glas Wein während des Abendessens – der Konsum von Alkohol ist für viele Menschen ganz normal.

Doch gerade weil viele Menschen ihren Genuss von alkoholischen Getränken gut unter Kontrolle haben, fällt der bedenkliche Alkoholkonsum zunächst kaum auf. Von diesem zu wirklicher Abhängigkeit ist wiederum die Grenze fließend. Ab wann also wird es gefährlich?

Weil es nicht einfach ist, einen riskanten oder abhängigen Alkoholkonsum zu erkennen, empfehlen die aktuellen Therapieleitlinien den Einsatz standardisierter Erhebungsinstrumente und Fragebögen.

Bei dem folgenden Selbsttest handelt es sich um das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlene AUDIT-Verfahren (Alcohol Use Disorder Identification Test), das sich in zahlreichen Studien als valides Instrument erwiesen hat.

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen“

Wieviel ist zuviel?

Der AUDIT-Fragebogen hilft, die eigene Situation realistisch einzuschätzen und benötigt nur wenig Zeit. Er besteht aus zehn Selbstaussagen: Die ersten drei Fragen geben Aufschluss über Trinkmenge und -frequenz, die Fragen vier bis sechs behandeln Kriterien der Alkoholabhängigkeit und die Fragen sieben bis zehn thematisieren mögliche Probleme, die im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum auftreten können.

1. Wie oft nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich?

- 0 nie
- 1 einmal im Monat oder seltener
- 2 2- bis 4-mal im Monat
- 3 2- bis 3-mal pro Woche
- 4 4-mal oder öfters pro Woche

2. Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele Gläser trinken Sie dann üblicherweise an einem Tag? (1 Glas Alkohol entspricht 1 Seidl Bier oder Most oder 1/8 Wein/Sekt oder 1 einfachen Schnaps (2 cl).)

- 0 1 - 2
- 1 3 - 4
- 2 5 - 6
- 3 7 - 9
- 4 10 oder mehr

3. Wie oft trinken Sie sechs oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit, z.B. beim Abendessen, auf einer Party usw.? (1 Glas Alkohol entspricht 1 Seidl Bier oder Most oder 1/8 Wein/Sekt oder 1 einfachen Schnaps (2 cl).)

- 0 nie
- 1 seltener als einmal pro Monat
- 2 einmal pro Monat
- 3 einmal pro Woche
- 4 täglich oder fast täglich

4. Wie oft stellten Sie im Verlauf der letzten 12 Monate fest, dass Sie mit dem Trinken nicht mehr aufhören können, wenn Sie einmal damit angefangen haben?

- 0 nie
- 1 seltener als einmal pro Monat
- 2 einmal pro Monat
- 3 einmal pro Woche
- 4 täglich oder fast täglich

5. Wie oft hinderte Sie im Verlauf der letzten 12 Monate Ihr Alkoholkonsum, das zu tun, was von Ihnen erwartet wurde?

- 0 nie
- 1 seltener als einmal pro Monat
- 2 einmal pro Monat
- 3 einmal pro Woche
- 4 täglich oder fast täglich

6. Wie häufig haben Sie im Verlauf der letzten 12 Monate am Morgen ein erstes Glas Alkohol getrunken, um in Gang zu kommen, nachdem Sie am Vortag viel getrunken hatten?

- 0 nie
- 1 seltener als einmal pro Monat
- 2 einmal pro Monat
- 3 einmal pro Woche
- 4 täglich oder fast täglich

7. Wie oft empfanden Sie in den letzten 12 Monaten Schuld- oder Reuegefühle, nachdem Sie getrunken hatten?

- 0 nie
- 1 seltener als einmal pro Monat
- 2 einmal pro Monat
- 3 einmal pro Woche
- 4 täglich oder fast täglich

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen

8. Wie oft war es Ihnen in den letzten 12 Monaten unmöglich, sich an das zu erinnern, was am Vorabend geschah, weil Sie getrunken hatten?

- 0 nie
 - 1 seltener als einmal pro Monat
 - 2 einmal pro Monat
 - 3 einmal pro Woche
 - 4 täglich oder fast täglich
-

Sind Sie oder jemand anderer schon einmal verletzt worden, weil Sie getrunken hatten?

- 0 nein
 - 2 ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten
 - 4 ja, in den letzten 12 Monaten
-

10. Hat sich ein(e) Angehörige(r), ein(e) Freund(in), ein(e) Arzt (Ärztin) oder eine andere Person aus dem Gesundheitsbereich schon einmal besorgt über Ihren Alkoholkonsum geäußert oder vorgeschlagen, dass Sie den Konsum einschränken sollten?

- 0 nein
- 2 ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten
- 4 ja, in den letzten 12 Monaten

Auswertung

Notieren Sie jeweils die Nummer der von Ihnen gewählten Antworten. Addieren Sie anschließend diese Nummern und Sie erhalten Ihre Punktzahl.

Dieser Selbsttest dient einer ersten groben Einschätzung der eigenen Trinkgewohnheiten. Eine Punktzahl von 8 oder mehr weist auf einen gefährlichen und schädlichen Alkoholkonsum hin. Bei Frauen und bei über 65-jährigen Männern empfiehlt es sich, den Grenzwert bei 7 Punkten festzulegen. In diesem Fall suchen Sie sich bitte unbedingt ärztlichen Rat.

In unseren Oberberg Kliniken bieten wir Ihnen auch kurzfristig professionelle Unterstützung und ermöglichen in unserer Akutklinik eine stationäre Aufnahme innerhalb kürzester Zeit. Dabei glauben wir fest an das Zusammenwirken von Menschlichkeit, Verbundenheit und Evidenz in einer erstklassigen Umgebung, die von einer herzlichen Atmosphäre aus Achtsamkeit und Zugewandtheit geprägt ist.

.....

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen“

Tipps zum Weiterlesen:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (o. J.): Broschüre „Suchtmittel, Behandlungsmöglichkeiten, Beratungsstellen“ (download www.bzga.de)

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg.) (2013): Jahrbuch Sucht 2013, Hamm
Kuntz, Helmut (2013): Drogen und Sucht. Ein Handbuch über alles was Sie wissen müssen, 2. Auflage, Weinheim/Basel

Lindenmeyer, Johannes (2010): Lieber schlau als blau. Entstehung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, 8. Auflage, München

Röhr, Heinz-Peter (2011): Sucht-Hintergründe und Heilung. Abhängigkeiten verstehen und überwinden, 4. Auflage, Ostfildern

van Treeck, Bernhard (2004): Drogen- und Suchtlexikon, Berlin

www.bzga.de (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)

www.dhs.de (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen)

www.studentengesundheit.de

10. MiniMax-Interventionen

2. MiniMax - Interventionen



Hörprobe

MiniMax-Interventionen: 15 minimale Interventionen mit maximaler Wirkung. Taschenbuch – 16. September 2022

von Manfred Prior (Autor), Dieter Tangen (Kommentator, Zeichner)

★★★★★ 626 Sternebewertungen

Bestseller Nr. 1 in NLP für Job & Karriere

Alle Formate und Editionen anzeigen

Hörbuch
0,00 €

Gratis im Audible-
Probemonat

Taschenbuch
14,95 €

5 Gebraucht ab 10,76 €
25 Neu ab 14,95 €

Manfred Prior stellt in diesem Band 15 zielgerichtete „Nebenbei-Interventionen“ vor, die ein gemeinsames Ziel verfolgen: mit minimalem Aufwand maximale Wirkung in einer Therapie zu erzielen. Die Texte gehen zurück auf eine Kolumne, die der Autor für das „MEGaphon“, die auflagenstarke Zeitschrift der Milton-Erickson-Gesellschaft für klinische Hypnose, schrieb. Für dieses Buch wurden sie zusammengefasst, gründlich überarbeitet und durch neue Interventionen ergänzt. Priors „MiniMax-Interventionen“ lassen sich beiläufig in die unterschiedlichsten Therapie- und Beratungsformen einbauen und sind schnell und von jedermann

MiniMax - Interventionen

- 1. „In der Vergangenheit ...“**
- 2. Nicht „ob ...“, sondern „wie ...?“ und „welche ...?“**
- 3. „Sondern ...?“**
- 4. „Immer“ stimmt bei Symptomen nie**
- 5. ... noch nicht ...“**
- 6. Konstruktive „W-Fragen“**
- 7. „Angenommen, Sie würden ...“**
- 8. „Mit dem bewussten Verstand konnten Sie bisher nicht ...“**

1. „In der Vergangenheit ...“

Der kleine Zusatz „*in der Vergangenheit*“ ist fast immer sinnvoll, wenn man mit jemanden über seine Probleme und Schwächen redet.

Damit unterstreicht man sein Verständnis für den anderen. Diese Satzeinleitung zeigt an, dass es *in Zukunft* um einen besseren Weg und eine Lösung geht und hilft sich dafür zu öffnen.

Beispiel:

„In der Vergangenheit fiel es Ihnen schwer sich gegenüber dem unangenehmen Kollegen abzugrenzen, in der Zukunft kann das ja anders sein“.

Modul 11

„Betreuungsspezifische Kommunikation und unterstützte Entscheidungsfindung. Spezielle Kommunikationsvarianten“

2. Nicht „ob ...“, sondern „wie ...?“ und „welche ...?“

Es geht darum, jemanden zu helfen Entscheidungen zu finden und ihn beim Suchen in bestimmten Richtungen zu unterstützen. Das kann durch das Wort „ob“ erschwert werden.

Beispiel:

„Ich wüsste gern, ob Sie sich schon Gedanken darüber gemacht haben, was mit der stationären Reha erreicht werden kann“

Im ungünstigsten Fall denkt jemand nicht lange nach und antwortet erst einmal mit „Nein“. Dadurch wird die Situation als schlimmer und schwieriger erlebt.

Besser:

„Welche Gedanken haben Sie sich schon über die stationäre Reha gemacht?“

„Wie könnten Ihrer Meinung nach weitere Schritte zur Rückkehr in den Arbeitsprozess aussehen?“

Es geht darum herauszufinden, wo Hoffnung vorhanden ist und wie man sie verstärken kann

Modul 11

„Betreuungsspezifische Kommunikation und unterstützte Entscheidungsfindung. Spezielle Kommunikationsvarianten“

3. „Sondern ...?“

Die meisten Menschen wissen sehr gut, was sie *nicht* wollen. Positiv zu sagen, was man will, fällt dagegen oft sehr schwer. Ziele, die man kennt und benennen kann, sind aber sehr viel leichter zu erreichen.

Es ist hilfreich, jemanden bei der positiven Formulierung von Zielen durch das Wort „sondern“ zu unterstützen.

Beispiel:

„Sie wollen also nicht mehr ..., sondern ...?“

Man lässt den Satz offen und schaut an anderen fragend und interessiert an (gegebenenfalls sind Wiederholungen notwendig).

Beispiel:

„Letzte Woche ging es mir nach dem Arztbesuch gar nicht mehr so schlecht“.

„Sondern? Wie ging es Ihnen?“

4. „Immer“ stimmt bei Symptomen nie

Bei der Schilderung von Problemen und Symptomen benutzen viele gern das Wort „immer“ („Ich bin immer so depressiv“, ich habe immer so Kopfweg“)

Das Wort „immer“ macht das Problem in der Regel schlimmer als es tatsächlich ist, weil es behauptet, dass es in der Vergangenheit „immer“ aufgetreten sei. Außerdem verführt es dazu anzunehmen, dass man es „immer“ haben wird.

Hilfreich ist es, ein Problem auf seine tatsächliche Größe zu reduzieren, damit es möglichst klein erlebt wird und dadurch lösbarer wird. Hierbei sind „In der Vergangenheit“ und „oft“ sinnvoll.

Beispiel:

„In der Vergangenheit waren Sie oft depressiv. Wann waren Sie weniger depressiv und wann gar nicht?“

5. „... noch nicht ...“

Angenommen, Sie würden unter der Last leiden, die Ihre Arbeit zeitweise mit sich bringt. Vielleicht würden Sie das mit dem Satz ausdrücken „Ich finde meine Arbeit immer so schwer ...“

Ein verständnisvoller Gesprächspartner könnte antworten: „Sie haben *noch nicht* genügend Wege gefunden wie man es sich etwas leichter machen kann.“

Mit Hilfe der beiden Wörter „*noch nicht*“ kann die Aufmerksamkeit auf Potenziale, Möglichkeiten und Chancen gerichtet werden:

- Probleme sind noch nicht gefundene Lösungen
- Schwächen sind „Noch-nicht-Stärken“
- Unfähigkeit ist eine „Noch-nicht-Fähigkeit“
- Blockaden sind noch nicht gefundene Wege oder Strategien

6. Konstruktive „W-Fragen“

Mit klug gestellten Fragen lässt sich die Aufmerksamkeit des Gesprächspartners in nützliche Richtungen lenken und auch das gemeinsame Suchen nach Lösungen und Ressourcen lässt sich durch Fragen gut fördern.

Man sollte keine „Ja-Nein-Fragen“ stellen bzw. Fragen, die „Ja-Nein-Antworten“ erlauben, da die meisten Menschen in Problemsituationen zu destruktiven „Nein-Antworten“ neigen.

Besser sind kleinschrittige, offene „Konstruktive W-Fragen“:

- **Welche** Ideen haben Sie zur Verbesserung der Situation?
- **Wie** war das als Sie nicht depressiv waren?
- **Was** könnte man zunächst unternehmen, um dieses Ziel zu erreichen?
- **Welche Fähigkeiten** haben Sie, die Ihnen in dieser schwierigen Situation helfen könnten?

Modul 11

„Betreuungsspezifische Kommunikation und unterstützte Entscheidungsfindung. Spezielle Kommunikationsvarianten“

7. „Angenommen, Sie würden ...“

Man kann die Aufmerksamkeit des Gesprächspartners in konstruktive Richtungen lenken, wenn man Fragen nach zwei oder mehr wünschenswerten Alternativen stellt:

„Angenommen, Sie würden in ganz neuer Richtung nach Lösungen für Ihr Problem suchen, würden Sie dann eher noch mehr in sich gehen und auf das achten, was Ihr Inneres an Ideen entwickelt, oder würden Sie eher verstärkt mit anderen über Ihr Problem sprechen und besonders auf das achten, was sich daraus an Nützlichem ergibt? Oder würden Sie auf eine ganz andere Art und Weise zu neuen Lösungsansätzen kommen?“

Es geht hierbei darum

- den Gesprächspartner auf neue Gedanken zu bringen
- Anregungen und Vorschläge kundenfreundlich zu verpacken
- die Aufmerksamkeit in nützliche Richtungen zu lenken
- Den Gesprächspartner in lösungs- und besserungsträchtige Suchprozesse zu involvieren

8. „Mit dem bewussten Verstand konnten Sie bisher nicht ...“

Es kommt immer wieder vor, dass **Betroffene** schildern, dass Sie etwas **Wünschenswertes** nicht können: „Ich kann mich nicht durchsetzen...“ oder „Ich weiß nicht, wie ich das besser machen könnte...“

Eine weitere **Beratungsstrategie** kann es sein, darauf hinzuweisen, dass der **Gesprächspartner** zwar mit seinem bewussten Verstand denkt, er könne oder wisse etwas nicht, **Hoffnung** und **Besserungsmöglichkeiten** aber in seinem **Unbewussten** liegen können.

Die meisten **Betroffenen** akzeptieren dies und können den Hinweis als **Hoffnungszeichen** annehmen. **Aufzufordern** hierüber nachzudenken kann ihnen helfen, auf neue **Gedanken**, **Ideen** und **Möglichkeiten** zu kommen.

11. Schwierige Gesprächssituationen

Modul 11

„Betreuungsspezifische Kommunikation und unterstützte Entscheidungsfindung. Spezielle Kommunikationsvarianten“

Abwertendes und aggressives Verhalten

Do's	Don'ts
Innere Distanz herstellen: Hier bin ich nicht als Person gemeint, sondern Übertragungsobjekt.	„Überhören“ der Abwertungen/ Aggressionen in der Hoffnung, dass sie sich nicht wiederholen.
Offener und klärender Stil: Sie äußern sich hier sehr kritisch über mich. Wie meinen sie das, habe ich Sie da richtig verstanden?	Verteidigend reagieren: „Aber das stimmt doch gar nicht!“
Nonverbale Sicherheit ausstrahlen: Aufrechte Körperhaltung, Blickkontakt, feste und klare, aber freundliche Stimme.	Impulsen zur Gegenaggression stattgeben: „Glauben Sie wirklich, Sie sind hier in der Position mich zu kritisieren?“
Sicherheitssysteme mit KollegInnen vereinbaren.	Defensiv und unsicher reagieren.
Wahrung eigener Grenzen: Ich kann und werde Ihnen nicht weiterhelfen, wenn Sie sich weiterhin mir gegenüber so verhalten.	

Modul 11

„Betreuungsspezifische Kommunikation und unterstützte Entscheidungsfindung. Spezielle Kommunikationsvarianten“

Antriebslosigkeit

Do's	Don'ts
Besonders bei depressiven und psychotischen KlientInnen: Ärztliche Abklärung vorschlagen und gegebenenfalls Medikation überprüfen lassen.	Sich unter Druck setzen lassen und ständig neue Ideen aus dem Hut zaubern.
„Baby Steps“ bei den Aufgaben/Veränderungen.	Vorwurfsvolle Haltung einnehmen: „Sie wollen wahrscheinlich gar nicht, dass es Ihnen besser geht, sonst würden sie sich mehr bemühen“
„Lust-Prinzip“ hinterfragen und durch „Sinn-Prinzip“ ersetzen.	Ansprechen/Aufbau hilfreicher Aktivitäten ganz aufgeben.
Eigenen Ärger wahrnehmen.	Dem Klienten dauerhaft sämtliche Verantwortung abnehmen und zu viel für ihn erledigen.

Modul 11

„Betreuungsspezifische Kommunikation und unterstützte Entscheidungsfindung. Spezielle Kommunikationsvarianten“

Negative Gefühlsäußerungen / Klagen

Do's	Don'ts
Aufrechterhaltung der professionellen Distanz: Empathisch bleiben, aber sich nicht vom Klienten „runterziehen“ lassen.	Beschwichtigende Floskeln: „Das wird schon wieder“, „So schlimm ist es doch gar nicht“.
Klarmachen, dass negative Gefühle nun einmal zum Leben gehören und ausgehalten werden müssen.	In die Verantwortungsfalle gehen: „Ich allein bin zuständig dafür, dass es dem Klienten besser geht.“
Problematisches Verhalten konkret benennen: „Sie klagen ununterbrochen über ...“	Aggression / Wut: „Ich kann ihr ständiges Klagen einfach nicht mehr hören“.
Handlungsspielräume und Alternativen aufzeigen: „Ich kann verstehen, dass sie über ihre Situation klagen, aber lassen sie uns darüber nachdenken wie man sie verändern kann“).	Dem Klienten dauerhaft sämtliche Verantwortung abnehmen und zu viel für ihn erledigen.

Modul 11

„Betreuungsspezifische Kommunikation und unterstützte Entscheidungsfindung bei Intelligenzminderung und Demenz“

Schweigen / „Ich weiß nicht“

Do's	Don'ts
Das Schweigen lesen: Beweggründe herausfinden um adäquater reagieren zu können. Blickrichtung des Klienten beobachten.	Aktionismus und zu schnelles reagieren, um das Schweigen zu beenden.
Eigenes Abwarten trainieren.	Von Thema zu Thema bzw. Frage zu Frage springen, um der eigenen Unsicherheit bzw. Angst vor dem Schweigen zu entgehen.
Einfache Fragen stellen, um die Antwortwahrscheinlichkeit zu erhöhen.	Zu komplizierte, lange und verschachtelte Fragen stellen (erleichtern „Ich weiß nicht“ als Antwort).
Zur Abklärung / Diagnostik motivieren bzw. sie überprüfen lassen. (Angststörung?)	Ärgerlich reagieren: „Jetzt machen sie doch endlich mal den Mund auf“.
Das Schweigen bzw. „Ich weiß nicht“ ansprechen und den weiteren Sinn der Beratung in Frage stellen.	

12. Übertragung und Gegenübertragung

Übertragung und Gegenübertragung:

Übertragung bedeutet, dass eine Person Gefühle, Wertungen und Erwartungen aus früheren Beziehungen auf ein anderes Objekt überträgt.

Positive Gefühle

Sympathie, Zuneigung,
Respekt, Liebe etc.

Negative Gefühle

Hass, Ärger
Verachtung, Neid etc.

Individuelle „**Übertragungsauslöser**“ können sein:
Haarfarbe, Gesichtsausdruck, Alter, Verhalten, Mimik, Gestik,
Geschlecht, Sprache etc.

Manchmal werden erst durch die Wahrnehmung einer Übertragung Gefühle und Probleme deutlich und verstehbar. Das Wahrnehmen und Reflektieren einer Übertragung (und der Gegenübertragung) ist deshalb wichtig und kann helfen die Beziehung/Interaktion zu verbessern.

Gegenübertragung nennt man die Gefühle und Handlungsimpulse, die in einem durch den „Überträger“ hervorgerufen werden. Die Gegenübertragung wird im wesentlichen durch diese drei Faktoren beeinflusst:

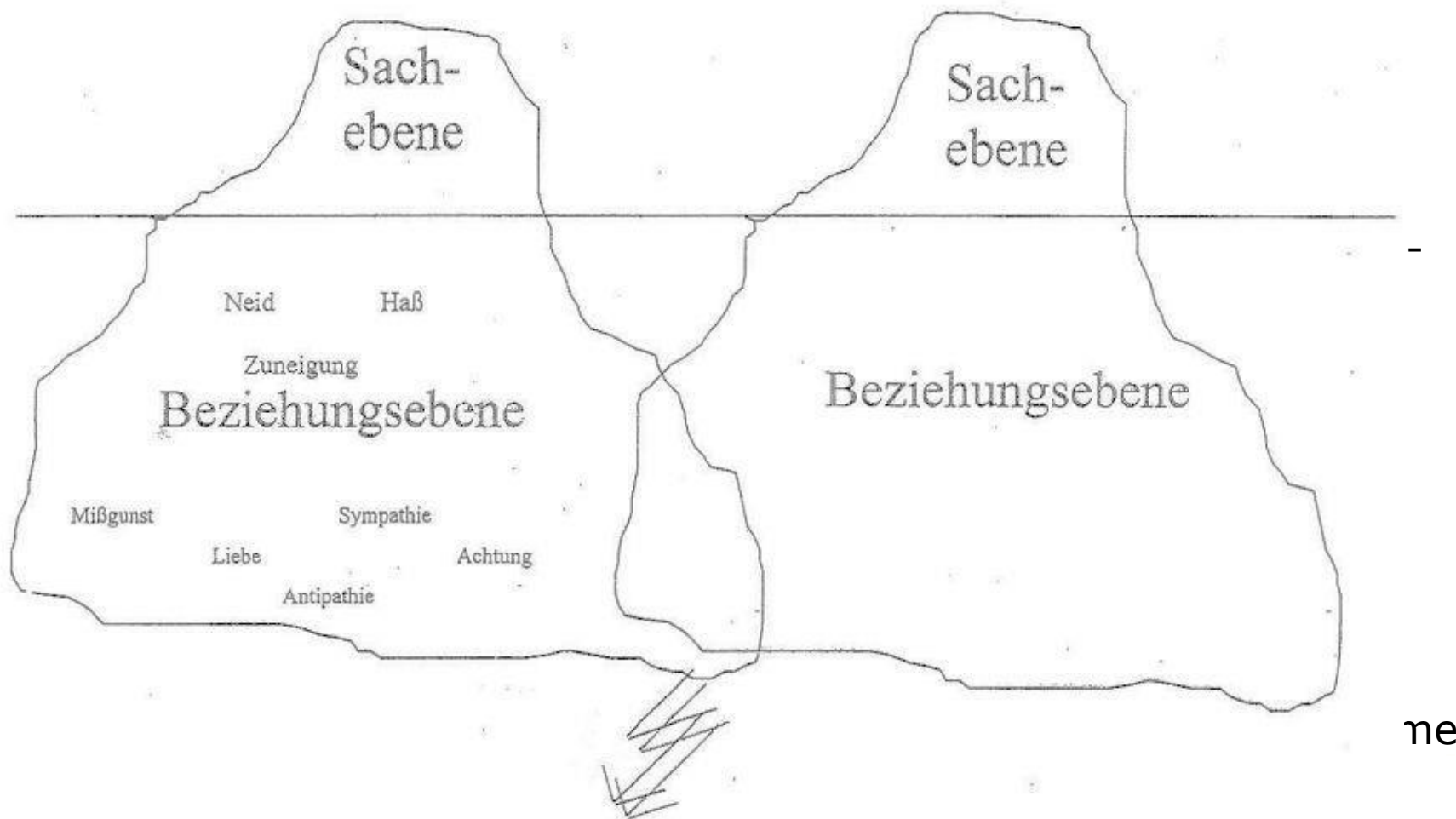
1. Die eigene Lebensgeschichte
2. Die Persönlichkeitsstruktur
3. Das Geschlecht

Die Wahrnehmung und Reflexion der Gegenübertragungsgefühle trägt ebenfalls dazu bei Hinweise auf die tatsächlichen Wünsche und Probleme im Kommunikationsgeschehen zu erhalten.

Hinweise zum Wahrnehmen von Übertragung und Gegenübertragung

1. Wenn es keinen rationalen bzw. bewussten Grund für ein Verhalten gibt, ist anzunehmen, dass das Hauptmotiv hierfür unbewusst ist und im emotionalen Bereich liegt (Eisbergmodell).
2. Anschließend ist es hilfreich nachzuspüren welche Übertragungsauslöser man möglicherweise hat, die dieses Verhalten motivieren.
3. Häufige Übertragungsvarianten sind Elternübertragungen, Geschwisterübertragungen oder erotische Übertragungen.
4. Die Wahrnehmung der Gegenübertragungsgefühle gibt oft wichtige Hinweise auf das eigentliche Problem bzw. die Beziehungswünsche, hilft ein entsprechendes Praxisverhalten zu gestalten und destruktive Verwicklungen, Probleme und Konflikte zu vermeiden.

Kommunikation als Eisberg



Fallbeispiel Übertragung/Gegenübertragung:

Die Gruppenleiterin Heike Feelgood kommt mit einem Fall zur Heimleiterin Helena Gutführ und bittet sie um Rat bzw. Entscheidung, weil sie Fragen betreffs der Problemeinschätzung bei einem Jugendlichen haben würde.

Die Heimleiterin erkennt jedoch auf den ersten Blick, dass die Einschätzung durch Heike Feelgood völlig korrekt ist und fragt sich warum sie eigentlich um einen Termin gebeten hat.

Sie empfindet das als Zeitverschwendung und ist deshalb verärgert darüber.

Aber dann fallen ihr Punkt 1 der Hinweise zur Wahrnehmung von Übertragung und Gegenübertragung ein: „Wenn es keinen rationalen bzw. bewussten Grund für ein Verhalten gibt, ist anzunehmen, dass das Hauptmotiv hierfür unbewusst ist und im emotionalen Bereich liegt (Eisbergmodell)“.

Sie denkt daher darüber nach welche Übertragungsauslöser sie möglicherweise für Frau Feelgood hat.

Dazu fällt ihr der Altersunterschied von über 20 Jahren und ihre Vorgesetztenposition ein. Zudem halten sie viele für empathisch und fürsorglich.

Könnte es also sein, das Frau Feelgood das Gespräch (unbewusst) herbeigeführt hat, um Lob zu bekommen? Dafür würde auch sprechen, das sie die Problematik bei dem Jugendlichen eigentlich vorbildlich bearbeitet worden ist.

Handelt es sich aufgrund von individuellen Übertragungsauslösern vielleicht um eine Mutterübertragung? Helena Gutführ stellt sich außerdem die Frage „Warum muss die Gruppenleiterin eigentlich zu mir kommen, um sich Lob abzuholen?“ „Was war denn da in der Beziehung zur leiblichen Mutter los?“

Helena Gutführ fühlt sich plötzlich an ihr eigenes Erleben zu Hause erinnert: Ihr Mutter hatte für sie kaum warmherzige Gefühle und hat sie nur sehr selten gelobt.

Ihr Vater war dazu leider kein Korrektiv: Er konnte zwar gut „jagen“, d. h. er war beruflich erfolgreich. In der „Höhle“ hatte er jedoch nichts zu sagen, ließ sich „kastrieren“ und ihr gegenüber von der Mutter instrumentalisieren („Warte nur bis Vater nach Hause kommt“).

Plötzlich spürt sie ein tiefes Verständnis für Frau Feelgood, bespricht mit ihr den Fall differenziert (obwohl sie das sachlich gar nicht für erforderlich hält) und lobt sie begründet.

Ergebnis: Die Sachbearbeiterin verlässt strahlend ihr Büro, offenbar hat die Gruppen ins Schwarze getroffen! Sie hat die Kollegin motiviert und unterstützt und die Beziehung gefestigt.

Frage: Welches Risiko ist Helena Gutführ andererseits damit eingegangen?

Anhang 1:
Informationen zur Psychotherapie

Wann brauche ich Hilfe?

Jeder Mensch hat Phasen im Leben, in denen er sich unglücklich fühlt. Man ist gestresst, traurig, wütend, beunruhigt oder hat depressive Verstimmungen. Bevorstehende Prüfungen können Versagensängste und Schlafstörungen auslösen. Beziehungsprobleme, Trennungen und auch Existenzängste gehören zum Leben dazu wie Freude und Erfolg. Daher sind diese Gefühle kein Grund zur Besorgnis, im Gegenteil: Sie zeigen, dass eine normale emotionale „Schwingungsfähigkeit“ besteht. Gespräche mit nahestehenden Personen und Ablenkungen helfen meist und belastende Lebensphasen gehen schließlich vorüber. Doch wann ist man wirklich psychisch krank und leidet beispielsweise unter einer Depression oder Angstkrankheit? Wann sollte man sich professionelle Hilfe holen? Wie erkennt man, ob man von einer psychischen Erkrankung betroffen ist? Als erster Schritt kann es hilfreich sein sich folgende Fragen zu stellen:

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen

Checkliste Selbsteinschätzung

- So kenne ich mich nicht! Fühle ich mich anders als sonst?
- Beunruhigt mich diese Veränderung?
- Gibt es eine Erklärung für die Veränderung?
- Reicht diese nicht aus, um die Dauer und Heftigkeit der Beschwerden zu begründen?
- Kann ich meine tägliche Arbeit nur noch mit Mühe verrichten?
- Mache ich mir immer Sorgen und habe ich viel Angst?
- Leide ich unter körperlichen Beschwerden?
- Wie ist mein Schlaf, schlafe ich zu wenig oder zu viel?
- Fühle ich mich oft aggressiv, hasserfüllt, gereizt oder bin ich sehr intolerant?
- Bin ich oft krankgeschrieben?
- Habe ich Suizidgedanken?
- Habe ich kaum noch Menschen, mit denen ich über meine Probleme sprechen kann?
- Helfen Gespräche mit Freunden nicht mehr?
- Fallen auch anderen Veränderung deutlich auf?
- Ist es schon länger als drei Monate so?
- Ist mir das alles egal?

Weitere Hinweise auf mögliche behandlungsbedürftige psychische Störungen sind den folgenden Fragen zu entnehmen. Wer mindestens eine Frage klar mit „Ja“ beantwortet, sollte sich professionelle Hilfe suchen:

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen“

Ängste. Leiden Sie wiederholt unter Angstzuständen oder starker innerer Unruhe - ohne richtige Erklärung?

Depression: Ist Ihre Stimmung sehr oft oder ständig gedrückt? Haben Sie das Interesse an Dingen verloren, die Ihnen früher Spaß machten? Finden Sie Ihr Leben sinnlos? Oder sich oft unfähig, hilflos oder wertlos?

Essen: Ist Ihr Essverhalten gestört und leiden Sie darunter?

Irreales: Nehmen Sie Dinge wahr, die andere Leute nicht bemerken?

Körperzeichen: Leiden Sie an körperlichen Symptomen oder Schmerzen ohne ärztliche Erklärung?

Kontrollverlust: Leiden Sie daran, dass Sie Gefühle oder Ihr Verhalten nicht kontrollieren können, aggressiv gegen sich oder andere werden?

Schlaf: Haben Sie dauernd erhebliche Schlafstörungen, für die es keine körperliche Ursache gibt?

Sucht: Nehmen Sie oft Alkohol, Schlaf-, Beruhigungs-, Schmerzmittel, vielleicht Drogen und versuchen wiederholt, das einzuschränken?

Trauma: Haben Sie Traumatisches erlebt und leiden nun an Angstzuständen, Unruhe, Alpträumen, blitzartigen belastenden Erinnerungen?

Zwänge: Leiden Sie daran, dass Sie manche Dinge immer wieder zählen oder kontrollieren müssen? Oder dass Ihnen immer wieder bestimmte störende, scheinbar ganz unsinnige Gedanken durch den Kopf gehen?

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen“

Viele Betroffene haben Schwierigkeiten damit eine Psychotherapeutin/einen Psychotherapeuten aufzusuchen. Manche haben Angst vor den Vorurteilen anderer bzw. denken „ich bin doch nicht verrückt“ und Fremd- und Selbststigmatisierungen sind in der Tat auch heute noch keine Randerscheinung. Hier gilt es Mut zu machen. Immer mehr Menschen bekennen sich erfreulicherweise zu ihren psychischen Problemen und dazu sich in therapeutische Behandlung zu begeben. Wer dies tut, hat erkannt dass Probleme bestehen und will daran arbeiten. Genauso wie man bei juristischen Problemen zum Anwalt geht, sollte es üblich werden, sich bei psychischen Problemen therapeutische Unterstützung zu holen.

Wenn man nicht mehr dazu in der Lage ist seine Alltagspflichten zu erfüllen und vergeblich versucht hat sich selbst zu helfen und nun keinen Rat mehr weiß, sollte man auf keinen Fall länger damit warten professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Wer ist Psychotherapeutin/Psychotherapeut?

Es gibt ärztliche und psychologische PsychotherapeutInnen sowie Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen. Wichtig ist, dass sie an einem dafür anerkannten Ausbildungsinstitut, Akademie etc. eine definierte und kontrollierte mindestens fünfjährige berufsbegleitende oder dreijährige Vollzeitausbildung mit anschließender Approbation und staatlicher Anerkennung absolviert haben. Nur so kann eine Zulassung bzw. Kostenübernahme durch die Gesetzlichen Krankenkassen erfolgen.

Ärztliche PsychotherapeutIn:

Ärztliche PsychotherapeutInnen haben nach dem Medizinstudium und einer fachärztlichen Weiterbildung zusätzlich eine derartige Psychotherapieausbildung absolviert. Eine bestimmte medizinische Fachrichtung ist hierfür nicht Voraussetzung, d. h. es kann sich um AllgemeinärztInnen, InternistInnen, GynäkologInnen etc. handeln.

Psychologische PsychotherapeutIn:

Psychologische PsychotherapeutInnen haben zunächst ein Psychologiestudium (Diplom oder Master) abgeschlossen und danach diese Psychotherapieausbildung absolviert. Ein Psychologiestudium allein qualifiziert nicht zur Psychotherapie.

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen“

Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn:

Bei psychischen Problemen von Kindern- und Jugendlichen bis 21 Jahre besteht die Möglichkeit einer Therapie bei Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen. Sie müssen ebenfalls die genannte Psychotherapieausbildung absolvieren. Neben ÄrztInnen oder PsychologInnen können dies jedoch auch (Sozial-)PädagogInnen mit entsprechendem Studienabschluss tun.

PsychiaterInnen, NeurologInnen und NervenärztInnen:

PsychiaterInnen haben nach dem Medizinstudium eine mehrjährige Fachärztliche Ausbildung gemacht. Sie sind oft von einer körperlichen Erklärung psychischer Probleme geprägt. Bei den meisten steht daher eine Behandlung mit Medikamenten (Psychopharmaka) im Vordergrund. Psychotherapie können und dürfen sie nur ausüben, wenn sie einer der genannten Psychotherapieausbildungen absolviert haben. NeurologInnen sind KörperärztInnen und beschäftigen sich mit Erkrankungen des Gehirns, des Rückenmarks oder der Muskulatur. Sie sind deshalb in der Regel nicht als PsychotherapeutInnen tätig. Nervenärztin/Nervenarzt ist eine veraltete und ungenaue Bezeichnung. Meist sind hiermit FachärztInnen für Psychiatrie und Neurologie (eine Kombination dieser fachärztlichen Disziplinen) gemeint. Wenn die entsprechenden Zusatzausbildungen absolviert wurden, können sie natürlich ebenfalls psychotherapeutisch tätig werden.

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen“

Indikationen zur Psychotherapie (Psychotherapierichtlinien)

Psychotherapie in der ambulanten Versorgung setzt voraus, dass eine klinisch relevante psychische Störung nach ICD-10 vorliegt. Eine Indikation ist bei den folgenden psychischen Störungen möglich (§ 26 der Psychotherapie-Richtlinie):

- affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie,
- Angststörungen und Zwangsstörungen,
- somatoforme Störungen und dissoziative Störungen (Konversionsstörungen),
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen,
- Essstörungen,
- nichtorganische Schlafstörungen,
- sexuelle Funktionsstörungen,
- Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen,
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend,
- psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen,
- psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide und gleichzeitige stabile substituionsgestützte Behandlung (Beigebrauchsfreiheit notwendig).¹

- seelische Krankheit aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen, in Ausnahmefällen auch seelische Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Fehlbildungen stehen,¹
- seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe,¹
- schizophrene und affektive psychotische Störungen.¹

Neue Indikationen

Seit 2011 ist bei Patientinnen und Patienten, die abhängig von Alkohol, Drogen oder Medikamenten sind, auch dann eine ambulante Psychotherapie möglich, wenn noch keine Suchtmittelfreiheit vorliegt. Sie ist jedoch nur dann zulässig, wenn die Suchtmittelfreiheit bis zum Ende der zehnten Behandlungsstunde erreicht werden kann.

Seit 2014 sind zudem Schizophrenie, schizotype oder wahnhaftige Störungen sowie affektive psychotische Störungen uneingeschränkt eine Indikation für eine Richtlinien-therapie.

¹ Bei diesen Indikationen kann Psychotherapie neben oder nach einer somatisch ärztlichen Behandlung von Krankheits- oder deren Auswirkungen angewandt werden, wenn psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil daran haben und sich ein Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet.

Psychotherapeutische Sprechstunde

Der erste Zugang zur Psychotherapie ist die psychotherapeutische Sprechstunde. In der Regel erhalten PatientInnen diesen Termin innerhalb von 4 Wochen. Es wird geklärt, ob eine Psychotherapie notwendig ist. Erwachsene können die Sprechstunde maximal 6 Mal je 25 Minuten in Anspruch nehmen, Kinder und Jugendliche sowie Menschen mit einer „geistigen“ Behinderung (Intelligenzminderung) maximal 10 Mal.

Psychotherapeutische Akutbehandlung

Eine Akutbehandlung soll PatientInnen bei stärkeren aktuellen Symptomen unterstützen und einer negativen Entwicklung vorbeugen. Eine umfassendere Problembearbeitung erfolgt dann erst in einer anschließenden Psychotherapie. Eine Akutbehandlung kann als Einzeltherapie in Einheiten von mindestens 25 Minuten bis zu 24 Mal durchgeführt werden. Dabei können Bezugspersonen einbezogen werden. Die Stunden der Akutbehandlung werden auf das Stundenkontingent einer darauf folgenden Langzeittherapie angerechnet bzw. ersetzen die Kurzzeittherapie I (KZT I). Die Akutbehandlung muss nicht bei der Krankenkasse beantragt, jedoch dort gemeldet werden.

Kurzzeittherapie I und II

Die Kurzzeittherapie I (KZT I) umfasst 12 Stunden. Sie kann um weiter 12 Stunden Kurzzeittherapie II (KZT II) verlängert werden und muss bei der Krankenkasse beantragt werden. Sie ist aber nicht gutachterpflichtig. Die Stunden, die als Akutbehandlung, KTZ I oder KZT II durchgeführt wurden, werden zur Stundenzahl einer anschließenden Langzeittherapie aufaddiert. Eine „Psychotherapiestunde“ dauert 50 Minuten.

Probatorische Sitzungen

Es ist möglich, 2-4 Probestunden (Kinder und Jugendliche bis zu 6 Stunden) bei einer/einem Therapeuten zu machen. Nach diesen probatorischen Stunden und bevor die Psychotherapie beginnt, muss medizinisch abgeklärt werden ob eventuell eine körperliche Erkrankung vorliegt (Konsiliarbericht). Probatorische Sitzungen werden nicht auf die Stundenkontingente angerechnet.

Kombinationsmöglichkeiten

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie können jeweils als Einzeltherapie oder als Gruppentherapie durchgeführt werden. Bei Erwachsenen können sie auch kombiniert werden. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie/analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie sind jedoch nicht kombinierbar.

Therapeutenwechsel

Ein Therapeutenwechsel ist möglich. Dabei können die noch nicht in Anspruch genommenen Sitzungen des Bewilligungskontingentes auf den/die neuen Therapeuten übertragen werden. Dies ist jedoch nur möglich, wenn innerhalb des Therapieverfahrens gewechselt wird. Bei einem Verfahrenswechsel muss immer ein erneuter Antrag gestellt werden.

Therapiekontingente

Die Tabelle zeigt wie viele Therapiestunden von den Krankenkassen übernommen werden. "E" bedeutet "Einzelstunde" (50 Minuten) in Einzeltherapie. "D" heißt "Doppelstunde" (zweimal 50 Minuten) in Form einer Gruppentherapie. Gruppentherapien finden mit 3 bis 9 TeilnehmerInnen immer in Doppelstunden statt.

ANALYTISCHE PSYCHOTHERAPIE			
Bewilligungsschritte	Erwachsene	Jugendliche	Kinder
Kurzzeitherapie I (oder Akutbehandlung)	12E/12D	12E/12D	12E/12D
Kurzzeittherapie II	12E/12D	12E/12D	12E/12D
Langzeittherapie	160E/80D	90E/60D	70E/60D
Höchstgrenze	300E/150D	180E/90D	150E/90D
TIEFENPSYCHOLOGISCH FUNDIERTE PSYCHOTHERAPIE			
Kurzzeittherapie I (oder Akutbehandlung)	12E/12D	12E/12D	12E/12D
Kurzzeittherapie II	12E/12D	12E/12D	12E/12D
Langzeittherapie	60E/60D	90E/60D	70E/60D
Höchstgrenze	100E/80D	180E/90D	150E/90D
VERHALTENSTHERAPIE			
Kurzzeitherapie I (oder Akutbehandlung)	12E/12D	12E/12D	12E/12D
Kurzzeittherapie II	12E/12D	12E/12D	12E/12D
Langzeittherapie	60E/60D	60E/60D	60E/60D
Höchstgrenze	80E/80D	80E/80D	80E/80D
SYSTEMISCHE THERAPIE			
Kurzzeitherapie I (oder Akutbehandlung)	12E/12D	12E/12D	12E/12D
Kurzzeittherapie II	12E/12D	12E/12D	12E/12D
Langzeittherapie	36E/36D	36E/36D	36E/36D
Höchstgrenze	48E/48D	48E/48D	48E/48D

Rezidivprophylaxe

Im Kontext einer Langzeittherapie kann es sinnvoll sein eine ausschleichende Behandlung mit den **innerhalb des bewilligten Kontingents** verbliebenen Stunden anzubieten. Bei einer Behandlungsdauer von 40 oder mehr Stunden können maximal 8 Stunden und bei einer Behandlungsdauer von 60 oder mehr Stunden maximal 16 Stunden für die Rezidivprophylaxe genutzt werden. Für Rezidivprophylaxe vorgesehene Stunden können bis zu zwei Jahre nach Abschluss der Langzeittherapie in Anspruch genommen werden. Sollte vor dem Ablauf von zwei Jahren die Neubeantragung einer Therapie notwendig sein, ist sie auf jeden Fall gutachterpflichtig.

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen



Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen“

Analytische Psychotherapie

Die Analytische Psychotherapie geht auf die Psychoanalyse zurück, die von dem österreichischen Nervenarzt Sigmund Freud gegen Ende des 19. Jahrhunderts begründet wurde und seither weiterentwickelt worden ist. Nach der Analytischen Psychotherapie werden psychische Erkrankungen durch innere Konflikte verursacht, die Menschen in ihrem Leben und ihren Beziehungen – insbesondere in den ersten Lebensjahren – erlebt haben. Die Psyche des Menschen sorgt dafür, dass schmerzhaft Erfahrungen und besonders belastende Erlebnisse von der bewussten Wahrnehmung häufig ausgeschlossen, das heißt verdrängt, werden. Die so verdrängten Konflikte beeinflussen jedoch weiter, wie wir denken, fühlen und handeln. Die frühen Beziehungen zu Eltern und Geschwistern prägen dadurch beispielsweise unsere späteren Beziehungen als Erwachsene. Sie können auch zu psychischen Erkrankungen führen, wenn sich die Muster, die wir als Kind gelernt haben, im weiteren Leben als störend oder unbrauchbar erweisen. Psychisch kranke Menschen wiederholen nach der psychoanalytischen Theorie Beziehungsmuster, die ursprünglich einmal eine Lösung waren, sich aber für andere Beziehungen als nicht mehr hilfreich erweisen.

In einem psychoanalytischen Gespräch hilft der Psychotherapeut Ihnen, sich die Beziehungsmuster und damit verbundene verdrängte Gefühle, Erinnerungen und innere Konflikte bewusst zu machen. Dafür beschreiben Sie ihm,

was Ihnen an Gedanken oder Erinnerungen durch den Kopf geht, ohne das Gesagte zu bewerten oder zu beurteilen. Er geht dabei davon aus, dass diese Assoziationen nicht zufällig sind, sondern etwas darüber sagen, was Sie innerlich bewegt und Ihr Verhalten prägt. Dabei achtet Ihr Therapeut auch darauf, wie Sie die Beziehung mit ihm gestalten. Er geht davon aus, dass auch in der Beziehung zu ihm die Muster erkennbar werden, die Sie insbesondere als Kind gelernt haben oder die durch traumatische Erfahrungen geprägt sind. Im Gespräch über Ihre Assoziationen und Beziehungen können Sie so erkennen und klären, warum Sie so fühlen und handeln, wie Sie es tun, und ob dies für Ihre aktuelle Situation noch passend ist. Ziel ist es, durch ein vertieftes Verständnis für sich selbst neue Wege aus den sich wiederholenden seelischen Sackgassen zu finden.

Während einer Analytischen Psychotherapie liegen Sie in der Regel auf einer Couch und haben nur einen eingeschränkten Blickkontakt zur Psychotherapeutin oder zum Psychotherapeuten. Das hat den Vorteil, dass Sie in Ihren Gedanken und Gefühlen freier sind und sich mehr Ihrer inneren Welt zuwenden können. Die Analytische Psychotherapie ist meist eine Langzeittherapie und dauert häufig 2 oder mehr Jahre. Sie vereinbaren in der Regel 2 bis 3 Behandlungsstunden pro Woche.

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Auch die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie gründet auf der Psychoanalyse. Sie nimmt ebenfalls an, dass bestimmte unbewusste Konflikte, die wir in einer früheren Lebensphase nicht lösen konnten, das spätere Leben beeinflussen. Diese verdrängten Erfahrungen können später durch andere Ereignisse wieder aktiviert werden, uns stark belasten und psychisches Leiden verursachen.

Auch Psychotherapeuten, die tiefenpsychologisch arbeiten, helfen Ihnen, Ihre unbewussten Konflikte zu erkennen, die aktuell zu Ihren psychischen Beschwerden führen. Sie suchen gemeinsam mit Ihnen nach Möglichkeiten, die Konflikte zu lösen, damit diese Sie weniger belasten und nicht mehr krank machen.

In einer Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie liegen Sie nicht auf einer Couch, sondern sitzen Ihrem Psychotherapeuten gegenüber und haben Blickkontakt. Die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut vereinbart mit Ihnen in der Regel 1 bis 2 Behandlungsstunden in der Woche. Die Behandlung ist häufig kürzer als bei der Analytischen Psychotherapie und kann zwischen 6 Monaten und 2 Jahren dauern.

Kommunikation als Eisberg



Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen“

Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie nimmt an, dass unsere Psyche und unser Verhalten durch die Erfahrungen geprägt sind, die wir im Leben machen. Wir ziehen daraus unsere Schlüsse, wie wir am besten mit uns und anderen umgehen. Der Verhaltenstherapeut betont dabei, dass viele unserer psychischen Eigenschaften, Verhaltensmuster und Fähigkeiten erlernt sind. Psychische Erkrankungen können je nach genetischer Empfindlichkeit des Einzelnen durch belastende Erfahrungen ausgelöst werden. Sie können Stress auslösen, also körperliche und psychische Reaktionen auf die Belastungen. Sind die Belastungen zu groß oder dauern sie zu lange an, können daraus psychische Erkrankungen entstehen.

Auch in der Verhaltenstherapie ist es bedeutsam, wie Sie Ihre Beziehungen gestalten und wie Sie mit Konflikten umgehen. Ihr Psychotherapeut fragt Sie zunächst insbesondere danach, woran Sie gerade leiden, was Sie gegenwärtig belastet und Ihr Leben beeinträchtigt. Für diese Störungen sucht er mit Ihnen gemeinsam nach Erklärungen. Er spricht mit Ihnen beispielsweise darüber, warum es Ihnen schwerfällt, sich mehr mit anderen Menschen zu treffen, welche schlechten Erfahrungen Sie dabei gemacht

haben, aber auch, wie diese Erfahrungen Ihre Erwartungen in allen weiteren Situationen prägen. Der Psychotherapeut betrachtet mit Ihnen Ihre Denkmuster und überlegt mit Ihnen gemeinsam, wie Sie diese ändern können. Dabei geht es darum, Ihre Annahmen über das, was passieren könnte, zu hinterfragen und neue Wege auszuloten. Die Verhaltenstherapie erfordert dabei eine aktive Mitarbeit. Das kann zum Beispiel bedeuten, dass Sie zwischen den Therapiestunden neue Verhaltensweisen ausprobieren und erlernte Fähigkeiten eigenständig üben. Ihr Psychotherapeut wird Ihnen dabei helfen, besser zu verstehen, wie Sie Ihre Beziehungen gestalten und wie Sie Ihr Verhalten so ändern können, dass Sie besser zurechtkommen und weniger leiden.

Bei einer Verhaltenstherapie sitzen Sie dem Therapeuten gegenüber. Verhaltenstherapeuten vereinbaren mit Ihnen häufig eine Behandlungsstunde in der Woche. Manchmal sind es aber auch mehrere Stunden in einer Woche, wenn Sie zum Beispiel mit ihm die Praxis verlassen, um sich einer Situation zu stellen, die Ihnen übergroße Angst macht. Die Behandlung dauert in den meisten Fällen ein halbes bis ein Jahr, manchmal aber auch länger.

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen“

Systemische Therapie

Die Systemische Therapie betont, dass psychische Erkrankungen auch dadurch entstehen können, wie Menschen in alltäglichen Beziehungen miteinander umgehen. Sie nimmt an, dass insbesondere im familiären Beziehungsgeflecht wichtige Ursachen für die psychische Erkrankung des Patienten zu finden sind. Deshalb werden in die Behandlung in der Regel auch die Lebenspartner oder bei psychisch kranken Kindern die Eltern einbezogen. Konflikte und krank machende Beziehungen können so besser erkannt und bearbeitet werden. Ein Schwerpunkt der Systemischen Therapie ist dabei, die Stärken des Patienten und der Familienmitglieder zu nutzen und gemeinsam Lösungen für die bestehenden Probleme und Konflikte zu entwickeln.

Die Systemische Therapie arbeitet zum Beispiel mit „Familienskulpturen“. Dabei werden die Beziehungen in einer Familie veranschaulicht, indem sich alle Personen im Raum aufstellen und dadurch ausdrücken, was sie füreinander empfinden und wie nahe sie einander stehen. Dies löst untereinander bei Eltern und Kindern Gefühle und Gedanken aus, die symptomatisch für die realen Beziehungen in der Familie sind. Durch den körperlichen Ausdruck kann jeder sogar mehr ausdrücken, als er in Worte fassen kann. Er kann sich nah oder weiter weg von

den anderen hinstellen, er kann jemanden anlächeln oder den Blick senken, die Augenbrauen heben oder den Mund verziehen, seine Arme verschränken oder jemandem entgegenstrecken. Wenn die Familienmitglieder nicht an der Behandlung beteiligt werden können oder sollen, kann dabei auch der Patient selbst in die Rollen der verschiedenen Familienmitglieder schlüpfen. So kann er die familiären Beziehungen und die Dynamik in der Familie besser verstehen und zusammen mit dem Psychotherapeuten Lösungsansätze erarbeiten.

Die Systemische Therapie nimmt an, dass die Veränderungen, die notwendig sind, damit jemand psychisch gesünder, nicht in erster Linie in den Behandlungsstunden erfolgen. Sie geht vielmehr davon aus, dass in den Behandlungsstunden Anstöße gegeben werden, die es einem Patienten oder einer Familie erlauben, in ihrem Alltag bessere Lösungen für die Schwierigkeiten und Konflikte zu finden. Deshalb können die Abstände zwischen den Behandlungsstunden auch länger sein. Anfangs können sie zwischen 1 und 2 Wochen und gegen Ende 6 oder 8 Wochen betragen. Insgesamt dauern Systemische Therapien meist nicht länger als 25 Sitzungen. Die einzelnen Sitzungen finden als Einzel- oder Doppelstunden statt.

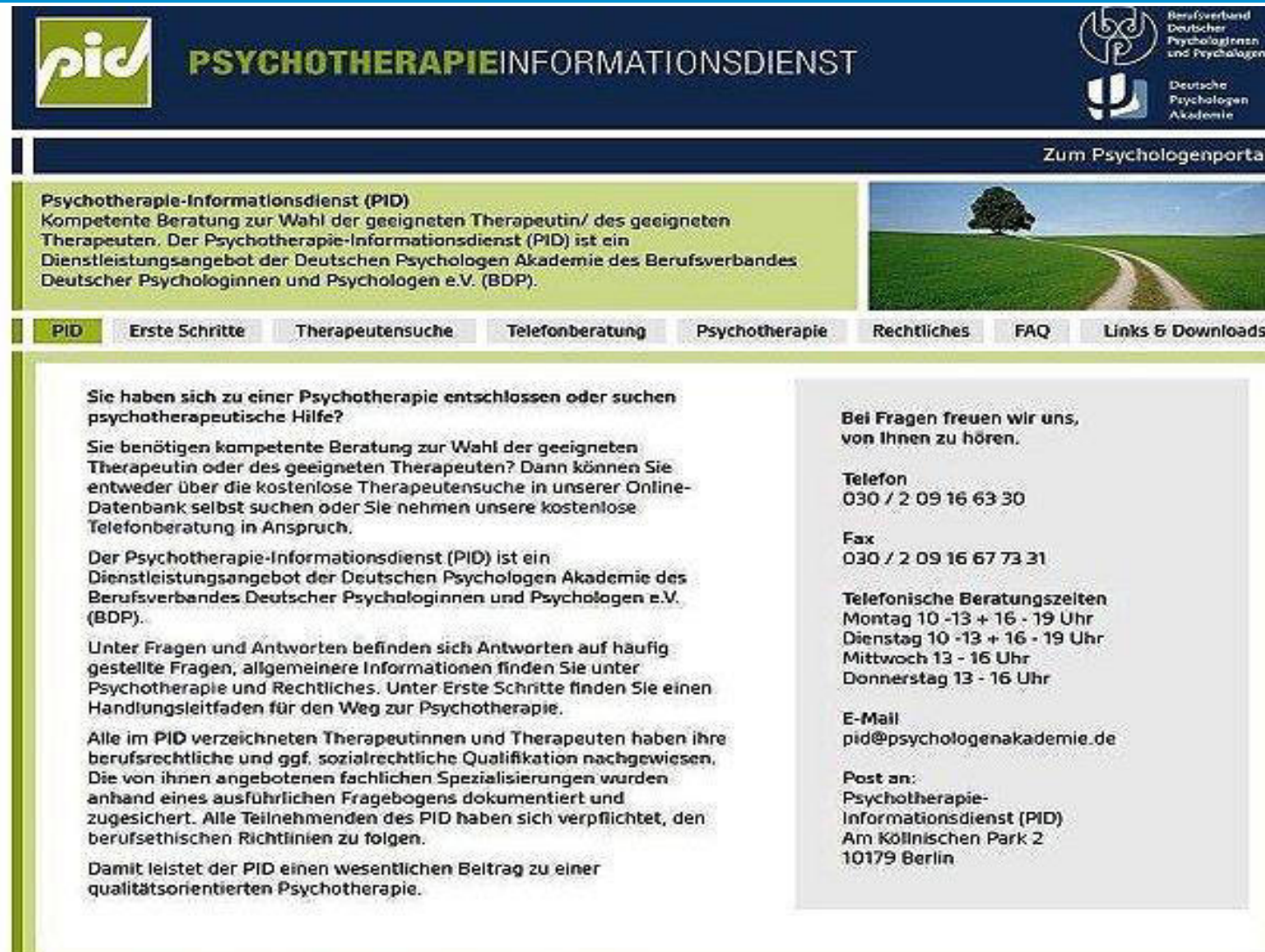
Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/ psychosomatisch kranken Menschen

www.bptk.de/wege-zur-psychotherapie-jetzt-auch-auf-englisch-und-tuerkisch/



1. Was ist Psychotherapie?	5
2. Wann bin ich psychisch krank?	6
Erste Fragen an sich selbst	7
3. Wer behandelt psychische Krankheiten?	8
Wie finde ich einen Psychotherapeuten?	9
4. Wie werden psychische Krankheiten behandelt?	13
5. Was passiert in einer Psychotherapie?	20
6. Wirkt Psychotherapie?	27
7. Wer übernimmt die Kosten?	30
8. Welche Rechte haben Sie als Patient?	34
9. Adressen	38

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen“



pid **PSYCHOTHERAPIEINFORMATIONSDIENST**

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen
Deutsche Psychologen Akademie

Zum Psychologenportal

Psychotherapie-Informationssdienst (PID)
Kompetente Beratung zur Wahl der geeigneten Therapeutin/ des geeigneten Therapeuten. Der Psychotherapie-Informationssdienst (PID) ist ein Dienstleistungsangebot der Deutschen Psychologen Akademie des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP).

PID Erste Schritte Therapeutensuche Telefonberatung Psychotherapie Rechtliches FAQ Links & Downloads

Sie haben sich zu einer Psychotherapie entschlossen oder suchen psychotherapeutische Hilfe?
Sie benötigen kompetente Beratung zur Wahl der geeigneten Therapeutin oder des geeigneten Therapeuten? Dann können Sie entweder über die kostenlose Therapeutensuche in unserer Online-Datenbank selbst suchen oder Sie nehmen unsere kostenlose Telefonberatung in Anspruch.

Der Psychotherapie-Informationssdienst (PID) ist ein Dienstleistungsangebot der Deutschen Psychologen Akademie des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP).

Unter Fragen und Antworten befinden sich Antworten auf häufig gestellte Fragen, allgemeinere Informationen finden Sie unter Psychotherapie und Rechtliches. Unter Erste Schritte finden Sie einen Handlungsleitfaden für den Weg zur Psychotherapie.

Alle im PID verzeichneten Therapeutinnen und Therapeuten haben ihre berufsrechtliche und ggf. sozialrechtliche Qualifikation nachgewiesen. Die von ihnen angebotenen fachlichen Spezialisierungen wurden anhand eines ausführlichen Fragebogens dokumentiert und zugesichert. Alle Teilnehmenden des PID haben sich verpflichtet, den berufsethischen Richtlinien zu folgen.

Damit leistet der PID einen wesentlichen Beitrag zu einer qualitätsorientierten Psychotherapie.

Bei Fragen freuen wir uns, von Ihnen zu hören.

Telefon
030 / 2 09 16 63 30

Fax
030 / 2 09 16 67 73 31

Telefonische Beratungszeiten
Montag 10 -13 + 16 - 19 Uhr
Dienstag 10 -13 + 16 - 19 Uhr
Mittwoch 13 - 16 Uhr
Donnerstag 13 - 16 Uhr

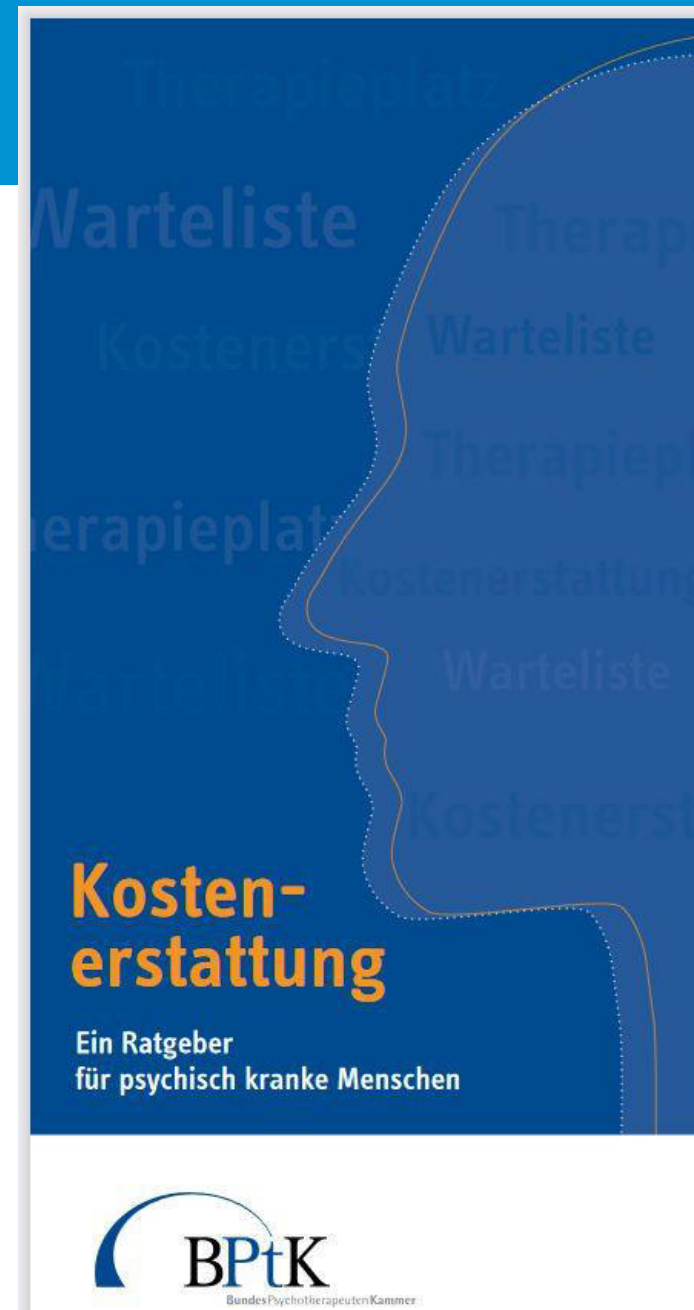
E-Mail
pid@psychologenakademie.de

Post an:
Psychotherapie-
Informationssdienst (PID)
Am Köllnischen Park 2
10179 Berlin

www.psychotherapiesuche.de

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen“

<https://www.lpk-bw.de/sites/default/files/nachrichten/broschuren/201310-bptk-ratgeber-kostenerstattung.pdf>



Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen

Anerkannte Ausbildungsstätten nach § 6 Psychotherapeutengesetz in Bayern

Name der Ausbildungsstätte	Adresse	Kontakt	Vertiefungsgebiet	Ausbildung	Plätze TZ	Plätze VZ
Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e. V.	Schwanthalerstraße 106 80339 München	089/506000 www.psychanalyse-muenchen.de	psychoanalytisch begründete Verfahren, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	PP	17 p. a.	
				KJP	12 p. a.	
Alfred Adler Institut für Individualpsychologie e. V.	Dall'Armistraße 24 80638 München	089/176091 www.adlerinstitut-muenchen.de	psychoanalytisch begründete Verfahren, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	PP	8 in 2 J.	
				KJP	8 in 2 J.	
Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation (AVM) gGmbH Institutsambulanz München	Ohmstraße 1 80802 München	089/38888470 www.avm-d.de	Verhaltenstherapie	PP	5 in 2 J.	
Ausbildungsinstitut München (AIM) im Verein zur Förderung der Klinischen Verhaltenstherapie (VFKV) e. V.	Lindwurmstraße 117/III 80337 München	089/74657984 www.vfkv.de	Verhaltenstherapie	PP	30 p. a.	
				KJP	18 in 2 J.	
Ärztlich.Psychologischer Weiterbildungskreis (ÄPK) für Psychotherapie und Psychoanalyse München/ Südbayern e. V.	Hedwigstraße 3 80636 München	089/1238211 www.aepk.de	psychoanalytisch begründete Verfahren	PP	28 in 2 J.	
Bayerische Private Akademie für Psychotherapie (BAP) GmbH	Rotkreuzplatz 1 80634 München	089/189579880 www.bap-akademie.de	Verhaltenstherapie	PP	15 p. a.	
Centrum für Integrative Psychotherapie CIP GmbH	Rotkreuzplatz 1 80634 München	089/189579880 www.cip-akademie.de	psychoanalytisch begründete Verfahren, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	PP	15 p. a.	
				KJP	15 p. a.	
			Verhaltenstherapie	PP	12 p. a.	
C. G. Jung-Institut München e. V.	Rosenheimer Straße 1 Müllersches Volksbad 81677 München	089/2714050 www.jung-institut-muenchen.de	psychoanalytisch begründete Verfahren tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	KJP	15 p. a.	
				PP	5 p. a.	
				PP	5 p. a.	

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen“

Name der Ausbildungsstätte	Adresse	Kontakt	Vertiefungsgebiet	Ausbildung	Plätze TZ	Plätze VZ
Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie dgvt-Ausbildungsakademie ABZ München	Marktstraße 55 83646 Bad Tölz	8041/795207 www.dgvt.de	Verhaltenstherapie	PP		21 in 1 1/2 J.
				KJP		16 in 1 1/2 J.
IFT-Gesundheitsförderung GmbH	Montsalvatstraße 14 80804 München	089/36080494 www.vtausbildung.de	Verhaltenstherapie	PP	30 p. a.	
				KJP		8 p. a.
AMEOS Institut Süd für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (AISPT)	Jakob-Weindler-Str. 1 84359 Simbach a. Inn	08571/985176 www.inrtalklinik.de	tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	PP	8 in 3 J.	
				KJP		6 p. a.
Lehrinstitut für Psychotherapie und Psychoanalyse München LPM e. V.	Am Mitterfeld 11 a 81829 München	089/42017592 www.lpm-muenchen.de	psychoanalytisch begründete Verfahren	PP	13 p. a.	
Münchener Arbeitsgemeinschaft für Psychoanalyse e. V. (MAP)	Rosenheimer Straße 1 Müllersches Volksbad 81667 München	089/2715966 www.psychoanalyse-map.de	psychoanalytisch begründete Verfahren	PP	17 p. a.	
				KJP	8 p. a.	
Münchener Lehr- und Forschungsinstitut (LFI) der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e. V.	Goethestraße 54 80336 München	089/539674 www.psychoanalysebayern.de	psychoanalytisch begründete Verfahren,	PP	15 p. a.	
				KJP	7 p. a.	
			tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	PP	15 p. a.	
				KJP	7 p. a.	
AVR Psychotherapy & Supervision Ltd. Ausbildungsinstitut für Verhaltenstherapie Regensburg	Buchenstraße 9 93197 Zeitlarn	0941/99224165 www.avr-regensburg.de	Verhaltenstherapie	PP	15 p. a.	
				KJP	14 p. a.	
Psychoanalytische Arbeitsgemeinschaft München (PAM) e. V.	Oberföhringer Str. 30 81925 München	089/99750734 www.pam.dpv-psa.de	psychoanalytisch begründete Verfahren	PP	4 p. a.	
				tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	PP	4 p. a.
Süddeutsche Akademie für Psychotherapie	Herbisried 10 a 87730 Bad Grönenbach	08334/986373 www.sueddeutsche-akademie.de	psychoanalytisch begründete Verfahren Verhaltenstherapie Gesprächspsychotherapie	PP	24 p. a.	

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen“

Name der Ausbildungsstätte	Adresse	Kontakt	Vertiefungsgebiet	Ausbildung	Plätze TZ	Plätze VZ
Telos Institut für Psychotherapie GmbH	Kindermannstraße 7 80637 München	089/152855 www.telosgesellschaft.de	psychoanalytisch begründete Verfahren	PP	5 p. a.	
				KJP	5 p. a.	
ZIST Akademie für Psychotherapie gemeinnützige GmbH	Zist 1 82377 Penzberg	08856/93690 www.zist-akademie.de	tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	PP	30 p. a.	
Institut für Psychotherapie am kbo-lsär-Amper-Klinikum (IP-kbo-IAK)	Vockestraße 72 85540 Haar b. München	089/45623203 www.iak-kmo.de	Verhaltenstherapie	PP		20 in 2 J.
DGVT-Ausbildungszentrum Erlangen (ABZ)	Nägelsbachstraße 49 c 91052 Erlangen	09131/4000733 www.ausbildungszentrum-erlangen.de	Verhaltenstherapie	PP		22 p. a.
				KJP		22 p. a.
Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation Bamberg e. V. (AVM)	Dr. Haas-Straße 4 96047 Bamberg	0951/2085211 www.avm-d.de	Verhaltenstherapie			
				Würzburg	Theaterstraße 2 97070 Würzburg	PP
Bamberg	Dr. Haas-Straße 4 96047 Bamberg		Verhaltenstherapie	KJP	20 p. a.	
Centrum für integrative Psychotherapie gGmbH Bamberg (CIP)	Fleischstraße 17 96047 Bamberg	0951/8631910 www.cip-bamberg.de	Verhaltenstherapie	PP	21 p. a.	15 p. a.
Institut für Psychoanalyse und analytische Psychotherapie Würzburg e.V. (IPaP)	Eichhornstraße 4 97070 Würzburg	0931/3537089 www.psychoanalyse-wuerzburg.de	psychoanalytisch begründete Verfahren	PP	5 p. a.	
				KJP	3 p. a.	
Institut für Psychoanalyse (DPG) Nürnberg-Regensburg e. V. (IPNR)	Penzstraße 10 90419 Nürnberg	0911/97797101 www.dpg-nuernberg.com	psychoanalytisch begründete Verfahren	PP	7 p. a.	
Institut für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin und Sexuologie e. V. Nürnberg (IVS)	Nettelbeckstraße 14 90491 Nürnberg	0911/599538 www.ivs-nuernberg.de	Verhaltenstherapie Verhaltenstherapie	PP	16 p. a.	54 p. a.
				KJP	16 p. a.	16 p. a.
Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen Nürnberg e. V. (KIP)	Torwartstraße 21 90480 Nürnberg	0911/4008659 www.kinderanalytisches-institut.de	psychoanalytisch begründete Verfahren	KJP	4 p. a.	

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen

Name der Ausbildungsstätte	Adresse	Kontakt	Vertiefungsgebiet	Ausbildung	Plätze TZ	Plätze VZ
Institut für Psychodynamische Psychotherapie Nürnberg e. V (PIN)	Pirckheimer Straße 4 90408 Nürnberg	0911/93783971 www.psychodynamisches-institut.de	tieferpsychologisch fundierte Psychotherapie	PP	6 p. a.	
			analytische Psychotherapie	PP	4 p. a.	
Weiterbildungsausschuss Psychologische Psychotherapie (Weiterbildungsstudiengang am Lehrstuhl für Psychologie I der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität Würzburg WAPP)	Marcusstraße 9 -11 97070 Würzburg	0931/3182842 www.wapp.psychologie.uni-wuerzburg.de	Verhaltenstherapie	PP	9 p. a.	9 p. a.

TZ = Teilzeit (5-jährige Ausbildung); VZ = Vollzeit (3-jährige Ausbildung); PP = Psychologischer Psychotherapeut; KJP = Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
Stand: 01.10.2015

**Anhang 2:
Checklisten Borderline und Narzissmus**

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen

Checkliste: Hinweise auf narzisstische Persönlichkeiten

Wie in der Einleitung schon erwähnt, erstellte ich im Lauf meiner Arbeit Checklisten zur Beurteilung, ob jemand womöglich ein Psychopath ist. Anhand der folgenden Checkliste können Sie ermessen, ob Sie es mit einem narzisstischen Menschen zu tun haben und wie stark dieser Zug ausgeprägt ist. Dieses Wissen darum, wie schädlich oder gar gefährlich die Person ist, hilft Ihnen dabei, Verhaltensstrategien im Umgang mit ihr zu entwickeln.

Diese Checkliste ist für Laien wie Sie und mich gemacht und für den Einsatz im Alltag gedacht. Sie soll keine Hilfestellung für klinische Diagnosen bieten, sondern belehren, informieren und bei der Einordnung dessen helfen, was Sie erlebt oder beobachtet haben.

Beim Ankreuzen der zutreffenden Aussagen werden Sie sich in Ihren Beobachtungen und Instinkten bestätigt fühlen, dass eine bestimmte Person Anzeichen von Narzissmus zeigt. Dieses Wissen wird Ihnen helfen, mit der Person auszukommen, gezielt Hilfe zu suchen oder sich von ihr zu distanzieren. Narzissmus tritt in den verschiedensten Ausprägungen auf; anhand dieser Liste werden Sie einordnen können, ob jemand nur arrogant und unausstehlich ist, herz- und gefühllos oder gar gewalttätig und kriminell.

Lesen Sie jede Aussage aufmerksam durch und fragen Sie sich, ob sie auf die betreffende Person zutrifft. Seien Sie ehrlich, überlegen Sie, was Sie mit dieser Person selbst erlebt haben und was andere Menschen Ihnen aus persönlicher Erfahrung berichtet haben. Die besten Beweise sind natürlich diejenigen, die Sie mit eigenen Augen und Ohren gesammelt haben. Auch wissen Sie dann natürlich am besten, wie man sich in Gegenwart dieser Person fühlt.

Kreuzen Sie nur die zutreffenden Aussagen an. Denken Sie daran: Nicht jede Aussage muss zutreffen, raten Sie also nicht und machen Sie nur dann ein Kreuz, wenn die Aussage genau zutrifft.

Lassen Sie in Zweifelsfällen das Kreuzchen weg. Sie werden bemerken, dass einige Fragen sich zu wiederholen oder zu überschneiden scheinen – das ist Absicht. Die Fragen sind so formuliert, um bestimmte Nuancen des Verhaltens zu erfassen, wie Menschen sie typischerweise erleben oder beschreiben.

In den Aussagen verwende ich durchgehend das männliche Personalpronomen »er«, doch jede Aussage kann auf eine Frau ebenso gut zutreffen wie auf einen Mann. Manche Verhaltensweisen sind zwar typisch für Männer bzw. Frauen, die allermeisten aber nicht. Vergessen Sie nicht: Jeder Mensch kann eine gefährliche Persönlichkeit sein.

- Demonstriert ein Selbstwertgefühl, das sich mit seiner Position, seiner Erfahrung oder seinen Verdiensten nicht rechtfertigen lässt.
- Hegt großartige Vorstellungen davon, wer er ist und was er erreichen kann.
- Redet oft über sein Bedürfnis zu führen, die Leitung zu übernehmen, Macht auszuüben oder seinen Wunsch nach schnellem Erfolg.
- Glaubt, dass er sich nur mit anderen »besonderen«, »erfolgreichen« oder »hochrangigen« Menschen umgeben sollte.
- Benötigt übertriebene Bewunderung durch andere.
- Hat das Gefühl, vieles stehe ihm einfach zu. Erwartet ständig Vorzugsbehandlung.
- Beutet Menschen aus bzw. übervorteilt sie.
- Hat kein Einfühlungsvermögen und ist unfähig, Bedürfnisse und Leid anderer Menschen wahrzunehmen.
- Ist oft neidisch auf andere oder glaubt, dass andere ihn beneiden.
- Ist arrogant und behandelt Leute von oben herab.
- Empfindet seine Probleme als einzigartig oder wichtiger als diejenigen anderer Leute.
- Hat eine übertriebene Vorstellung davon, was ihm zusteht, und rechtfertigt damit die Beugung von Regeln und die Übertretung von Gesetzen.
- Ist überaus ichorientiert und verprellt andere, weil es ihm immer nur um ihn selbst geht.
- Ist extrem empfindsam dafür, wie er von anderen wahrgenommen wird.
- Irritiert oder erbost Sie und andere Menschen regelmäßig.

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen“

- Es ist ihm wichtig, gut auszusehen und verhätschelt zu werden. Verbringt regelmäßig außergewöhnlich viel Zeit mit Körperpflege.
- Tendiert dazu, sich und seine Fähigkeiten in fast allen Bereichen zu überschätzen.
- Hat andere als minderwertig, unfähig oder unwürdig beschimpft.
- Hat wenig Verständnis oder Einfühlungsvermögen für andere gezeigt, erwartet aber selbst Mitgefühl von allen.
- Hat wiederholt die Bedürfnisse anderer ignoriert: körperliche (Nahrung, Schutz, Kleidung ...), emotionale (Liebe, Berührung, Umarmen ...) und finanzielle.
- Freut sich nicht, wenn andere Erfolg haben oder Anerkennung bekommen.
- Gilt als Tyrann oder verhält sich wie einer.
- Redet eher auf Sie ein anstatt mit Ihnen.
- Braucht es, im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen, und stört absichtlich andere Menschen, um wahrgenommen zu werden (durch Zuspätkommen, auffällige Kleidung, dramatische Sprache oder theatrale Auftritte).
- Wenn er mit Ihnen kommuniziert, fühlt es sich an, als ob er Nachrichten versende, aber selbst keine empfängt. Die Kommunikation ist einseitig.
- Nimmt an, dass andere ihn ebenso toll finden wie er sich selbst, und ist schockiert, wenn er die Wahrheit erfährt.
- Muss unbedingt das Beste von allem haben (Haus, Auto, Schmuck, Elektronik, Kleidung), auch wenn er es sich nicht leisten kann.
- Scheint tiefe Gefühle nicht zu verstehen. Wirkt gelegentlich unbeteiligt, wenn tiefe Gefühle angebracht wären.
- Hat das Bedürfnis, andere zu kontrollieren, und verlangt jederzeit totale Loyalität.
- Verhält sich, als wären Menschen Dinge, die man nach Belieben benutzen, manipulieren oder ausbeuten darf.

- Hat oft Regeln gebrochen, die Privatsphäre oder Anstandsregeln verletzt oder ist mit vertraulichen Daten unangemessen umgegangen.
- Nimmt nur seine eigenen Probleme wahr und übersieht die Probleme und Schwierigkeiten anderer Menschen.
- Ihm scheint jeder Altruismus abzugehen, alles geschieht nur aus egoistischen Gründen, er macht nur selten etwas, das anderen nützt.
- Bläst sich auf und tut mordswichtig, ohne etwas Vorzeigbares geleistet zu haben.
- Übertreibt notorisch seine Verdienste, Taten oder Erfahrungen.
- Reden andere über ihre Erfolge, brüstet er sich sofort mit seinen eigenen oder wechselt zu einem Thema, bei dem er protzen kann.
- Findet, er habe das Recht auf Erfolg, Ruhm, Reichtum oder Sex. Fühlt sich beim Streben danach nicht an Gesetze, moralische oder ethische Regeln gebunden.
- Konkurriert am Arbeitsplatz ständig mit Kollegen um die Aufmerksamkeit und die Anerkennung des Chefs. Macht seine Kollegen bei Vorgesetzten schlecht, um selbst besser dazustehen.
- Wirkt verunsichert und reagiert aggressiv, wenn man ihn kritisiert.
- Hat sich gelegentlich herrisch verhalten und wollte nicht wissen, was andere dachten, vorhatten oder befürchteten.
- Hält sich für allmächtig oder hat sich schon entsprechend verhalten. Ist unwillig, seine Schwächen oder Grenzen anzuerkennen.
- Wirkt auf den ersten Blick charmant oder interessant.
- Hat sich als etwas ausgegeben, das er nicht war, beispielsweise als Arzt, Offizier, Astronaut oder Elitesoldat.
- Anfangs ist es interessant, Zeit mit ihm zu verbringen, später raubt er einem Energie, und das Interesse erlahmt.
- Hat Ihnen das Gefühl gegeben, Sie müssten sich um ihn kümmern, obwohl es Ihnen gerade schlecht ging.
- Hat Sie oder Ihre Arbeit schlechtgemacht und Ihnen ohne Rücksicht auf Ihre Emotionen das Gefühl gegeben, wertlos zu sein.

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen“

- Interessiert sich dafür, wie andere Erfolge erzielt haben, ist aber selbst nicht bereit, sich entsprechend anzustrengen.
- Träumt von gewaltigen Erfolgen (z. B. hohen politischen Ämtern), die er aber nur selten mit legalen Mitteln erreicht, wenn überhaupt.
- Ist bereit, mit allen Mitteln um soziale Anerkennung oder politische Ämter zu kämpfen.
- Hat sich wiederholt teure oder wertvolle Dinge gekauft, hält aber seine Familie knapp.
- Unterschätzt chronisch die Fähigkeiten anderer.
- Hält sich für klüger, tüchtiger oder schöner als alle anderen.
- Genießt es, andere runterzumachen, um sich selbst besser zu fühlen.
- Hat öffentlich Menschen (auch seine Kinder) ausgeschimpft, die seinen Erwartungen nicht entsprachen.
- Hat kein Interesse daran, mehr von Ihnen zu erfahren. Ihm fehlt die natürliche Neugier für andere.
- Wirkt gelegentlich derart kalt oder distanziert, dass Sie sich fragen, wer diese Person eigentlich ist und ob Sie sie wirklich kennen.
- Fasst völlig unschuldige Gesten anderer Menschen (Zurechtrücken des Stuhls, Umdrehen, Blick aufs Telefon oder auf die Uhr) als Zeichen von Desinteresse auf und ist dann eingeschnappt.
- Behandelt Menschen, die er als rangniedriger betrachtet, mit Verachtung und Arroganz.
- Schätzt nur Menschen, die etwas für ihn tun können.
- All seine persönlichen Beziehungen scheinen unter seinem Egoismus und seinen Größenideen zu leiden.
- Glaubt, spezielles Wissen oder den besonderen Durchblick zu haben, und redet auch so von sich.
- Sie empfinden ihn als anstrengend oder irritierend.
- Er brüstet sich übertrieben mit seinen Leistungen.
- Er benutzt ständig das Wort »ich«, ohne das überhaupt zu merken.
- Er wirkt selbstgerecht und verbittet sich jede Kritik.

- Er hat große Erfolge vorzuweisen, die er zwar anderen verdankt, denen er aber selten bis nie Anerkennung dafür zollt.
- Er hat Menschen oder Gruppen als »minderwertig« oder »wertlos« bezeichnet.
- Nimmt gerne Kokain, das seine übersteigerten Vorstellungen von Größe, Tüchtigkeit und Selbstwert noch befeuert.
- Behauptet, ein fantastischer Liebhaber oder Verführer zu sein. Brüstet sich mit der Zahl seiner Eroberungen.
- Hasst es, schlecht dazustehen oder öffentlich zu scheitern.
- Wirkt nach Fehlritten niemals zerknirscht und entschuldigt sich nie.
- Glaubt für fast alle Probleme, egal wie komplex, eine Lösung zu kennen.
- Glaubt sich ständig im Recht und alle anderen im Unrecht.
- Betrachtet Menschen, die anderer Ansicht sind, als »Feinde«.
- Hat betrogen, andere hereingelegt, intrigiert, unterschlagen o. Ä., um Erfolg zu haben.
- Ist oft stur, unnachgiebig und unsensibel.
- Versucht zu kontrollieren, was andere tun oder denken.
- Verhält sich gegenüber geliebten Menschen oder Familienmitgliedern besitzergreifend und schränkt ihre Freiheit ein. Mag es nicht, wenn Freunde oder Bekannte zu Besuch kommen.
- Mitgefühl wird nur ganz kurz, nebenher oder aus eigennützigen Motiven gezeigt.
- Man hat das Gefühl, er würde gern das Glück seiner Konkurrenten und derjenigen ruinieren, die er beneidet.
- Weigerte sich, eine Leistung, auf die Sie stolz waren, anzuerkennen oder auch nur wahrzunehmen. Oder er weigerte sich, Leid und Qualen anderer Leute anzuerkennen.
- Reagiert auf Kritik oft rachsüchtig, ausfallend, aggressiv, wütend oder total abgebrüht.

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen“

- Mag nicht mit Arbeit behelligt werden, weil sie ihn angeblich vom »Denken«, »Planen«, »Kontakteknüpfen«, »Lernen« oder »Vorbereiten« abhält.
- Ist einem teuren Club, etwa einem Golfclub, beigetreten, nur um an den richtigen Orten mit den »richtigen Leuten« gesehen zu werden, obwohl er sich den Beitrag kaum leisten kann.
- Erkennt routinemäßig Fehler an anderen, aber nie an sich selbst.
- Verträgt selbst konstruktive Kritik nicht.
- Betrachtet private Probleme anderer Menschen als Ausdruck von Minderwertigkeit, Schwäche oder schlechter Impulskontrolle.
- Gibt ständig mit teuren Einkäufen an (Schmuck, Spielsachen, Häuser, Autos usw.).
- Übertreibt gegenüber seinen Vorgesetzten ständig seinen Wert und seine Leistungen.
- Ist sehr gut darin, Schwächen in anderen zu erkennen und auszunutzen.
- Befindet sich in einer parasitischen oder ausbeuterischen Beziehung; nutzt jemand anderen finanziell aus oder weigert sich zu arbeiten, obwohl er gesund und fähig wäre.
- Hat mindestens einmal gesagt, sich schon sehr früh »zu Höherem bestimmt« gefühlt zu haben.
- Scheint hochgradig abhängig von Anerkennung und Ehrerbietung; versucht oft, Komplimente aus anderen herauszukitzeln.
- Ist kein guter Zuhörer und hört nur hin, wenn etwas Positives über ihn gesagt wird.
- Verlangt, dass andere sich anpassen, damit seine Bedürfnisse erfüllt werden. Welche Mühe und Kosten anderen dabei entstehen, ist ihm egal.
- Ist verschlagen und manipulativ und sucht immer nach dem größten Vorteil für sich.
- Zahlt Aufmerksamkeit, Dankbarkeit oder Freundlichkeit nicht mit gleicher Münze zurück.

- Setzt Beleidigungen ein, um andere kleinzuhalten und sich die Kontrolle zu sichern.
- Hat sich Titel und Abschlüsse angemaßt (etwa einen nichtexistenten Dokortitel).
- Lebt weiter auf großem Fuß, obwohl er knapp bei Kasse oder sogar pleite ist.
- Schafft es oft nicht, eine Sache aus der Warte anderer Menschen zu betrachten; ihm fehlt das Einfühlungsvermögen in die Seele und die Bedürfnisse anderer.
- Treibt sich gern im Dunstkreis bekannter Persönlichkeiten herum, um von ihrem Glanz etwas abzubekommen und sich später damit zu brüsten.
- Findet, dass nicht jeder es wert ist, in seiner Nähe zu sein.
- Hat selbst nur ein oberflächliches Gefühlsleben und hasst es, wenn andere ihm mit ihrem »trivialen« Beziehungsquatsch kommen.
- Kann schüchtern oder einzelgängerisch sein, aber trotzdem arrogant gegenüber anderen; hält sich für überlegen oder einzigartig.
- Hat schon in Bezug auf seine Leistungen gelogen und juristische Verfahren sowie moralische Fehlritte verschwiegen, die er hätte offenbaren müssen (etwa potenziellen Arbeitgebern gegenüber).
- Reagiert indigniert, wenn andere weniger als hundertprozentige Loyalität zeigen.
- Hat Sie oder andere absichtlich warten lassen oder bei Besprechungen und Unterhaltungen die anderen aufgehalten.
- Ist mit seiner Entlohnung nie zufrieden, selbst wenn sie großzügig ist.
- Zögert nicht, anderen triviale Aufgaben aufzubürden, auch wenn sie gerade beschäftigt sind oder Wichtigeres erledigen.
- Versucht verzweifelt, ein jugendliches Aussehen zu behalten, und übertreibt es mit Fitnesstraining, körperlichen Anstrengungen, Kosmetik und Schönheitsoperationen.
- Scheint sich und anderen mit einer Unzahl von Affären etwas beweisen zu wollen.

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen

- Scheint den größten Teil seiner Befriedigung aus der Anerkennung durch andere zu ziehen.
- Hat es genossen, andere zu täuschen, darunter Eltern, Freunde und Kollegen.
- Freut sich nicht mit anderen über ihren Erfolg, sondern ist neidisch, kleinkrämerisch und verärgert.
- Hat eine Beziehung oder Freundschaft beendet, sobald sie ihm gesellschaftlich oder finanziell nicht mehr nützlich war.
- Hat sich gezielt einen Vorzeigepartner gesucht, der bei Karriere oder politischen Ambitionen nützlich werden könnte.
- Plant den Tag oder Ereignisse gezielt so, dass er Aufmerksamkeit und Lob einheimst.
- Ist unfähig, die Bedürfnisse, Wünsche, Hoffnungen und Gefühle selbst derjenigen Personen wahrzunehmen, die ihm am nächsten stehen.
- Ist ungeduldig mit anderen.
- Redet ständig von sich und seinen Plänen.
- Redet unangemessen lang und ausführlich über private Probleme oder Sorgen, ohne Rücksicht auf die Zeit und die Empfindlichkeiten des Gesprächspartners zu nehmen.
- Sagt oft Dinge, die anderen wehtun, ohne die geringste Reue zu zeigen.
- Eines der folgenden Worte passt auf ihn: snobistisch, herablassend, arrogant, bevormundend.
- Mokierte sich über Menschen, die Regeln einhalten oder sich brav hinten anstellen.
- Zeigt einen auffälligen Mangel an Traurigkeit oder schwermütiger Sehnsucht.
- Sorgt sich nur darum, erwischt oder öffentlich bloßgestellt zu werden, nicht darum, ob sein Handeln moralisch ist.
- Selbst nach vielen Jahren haben Sie das Gefühl, ihn eigentlich nicht zu kennen.
- Er hat Freunde und Verwandte eingespannt, für ihn zu lügen.

- Ist unwillig, eigene Fehler, Fehltritte, Schnapsideen oder haarsträubende Aktionen einzugestehen.

Auswertung:

15 bis 25 Kreuzchen: Dieser Mensch kostet andere gelegentlich Nerven; es kann schwierig sein, ihn als Partner oder Kollegen zu haben.

26 bis 65 Kreuzchen: Der Betreffende zeigt alle Anzeichen und Verhaltensweisen einer narzisstischen Persönlichkeit. Er benötigt Hilfe und wird im Leben seines Umfelds Unheil anrichten.

66 und mehr Kreuzchen: Dieser Mensch ist ein schlimmer Narzisst und stellt eine Gefahr für die Gefühle, die Psyche, die Finanzen und sogar die körperliche Gesundheit anderer Menschen dar.

Sofortmaßnahmen

Hat die Checkliste Ihren lange gehegten Verdacht bestätigt, dass Ihr Partner oder Kollege ein Narzisst ist? Wurden Sie misshandelt und gequält, sehen sich durch die Checkliste bestätigt und wollen etwas ändern? Herzlichen Glückwunsch! Sie haben einen gewaltigen Schritt getan. Lernen Sie jetzt, wie Sie mit diesen Typen effektiv umgehen.

Was Sie sofort tun können und müssen, hängt von Ihrer Situation und der erreichten Punktzahl ab. Vielleicht können Sie dieser Person ja bei der Arbeit aus dem Weg gehen. Vielleicht leben Sie aber auch mit ihr zusammen, und Sie können ihre Unarten möglicherweise ertragen, wenn die narzisstische Störung nicht zu schlimm ist. Doch was tun, wenn Ihr Partner eine sehr hohe Punktzahl erreicht hat und Sie ewige Quälereien, Erniedrigungen und sogar seelischen Schaden befürchten müssen? Das können nur Sie entscheiden, aber mit dem Ergebnis der Checkliste haben Sie wenigstens etwas Konkretes in der Hand. Zeigen Sie es ruhig anderen, etwa einem mitfühlenden Verbündeten, um ihnen klarzumachen, was diese Person Ihnen und anderen antut. Jetzt haben Sie etwas Konkretes (die ausgefüllte Checkliste) an der Hand, um Freunden, einem Pfar-

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen“

rer, der Personalabteilung, Ihrem Chef, einem Psychiater, Ämtern oder sogar der Polizei klarzumachen, was vorgeht.

Doch zu allererst gilt Ihre Verantwortung Ihnen selbst und Ihren geliebten Menschen. Lassen Sie sich von niemandem weismachen, Sie müssten in einer Beziehung oder einer Firma bleiben, in der Sie tyrannisiert, gequält und schikaniert werden. Tun Sie, was Sie tun müssen, um sich zu schützen.

Entfernen Sie sich so weit wie nötig von diesen Typen. Ich weiß, dass das oft aus den verschiedensten Gründen nicht leichtfällt. Ich kenne sie alle. Versuchen Sie in diesen Fällen Grenzen zu ziehen, was noch erlaubt oder akzeptabel ist, aber wundern Sie sich nicht, wenn diese Grenzen überschritten werden und die verletzendende Behandlung weitergeht.

Hier die schlimme Wahrheit: Vielleicht sind Sie auf diesen Menschen angewiesen, vielleicht können Sie sich nicht von ihm lossagen. Vielleicht ist dieser Mensch Ihr Kind, Ihr Partner, Ihr Arbeitgeber. Habe ich alles gesehen. Aber lassen Sie sich gesagt sein: Eine narzisstische Persönlichkeit macht Sie fertig, und am Ende werden Sie emotional, körperlich, seelisch und vielleicht auch finanziell ruiniert sein. Je höher die Punktzahl in der Checkliste, desto schlimmer geht es aus. Meiner Erfahrung nach hilft gegen diese Typen am besten, sie so weit wie möglich aus dem eigenen Leben zu verbannen. Das ist die harte Wahrheit. Und jetzt kennen Sie sie auch. Weitere Strategien zum Umgang mit narzisstischen Persönlichkeiten finden Sie im sechsten Kapitel.

Anmerkungen:

¹ Cox, 1893

² Kildug & Javers, 1978

³ Chan, 2007; Quinn, 2001

⁴ Suddath, 2010; Lipman-Blumen, 2005

⁵ Kilgannon, 2013, Russo, 1997

⁶ Radzinsky, 1996, S. 276f.

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen“

Borderline

Checkliste: Hinweise auf instabile Persönlichkeiten

Anhand der folgenden Checkliste können Sie ermitteln, ob Sie es mit einem instabilen Menschen zu tun haben und wie stark dieser Zug ausgeprägt ist. Dieses Wissen darum, wie schädlich oder gar gefährlich die Person ist, hilft Ihnen dabei, Verhaltensstrategien im Umgang mit ihr zu entwickeln.

Emotional Instabilität tritt in den verschiedensten Ausprägungen auf, anhand dieser Liste werden Sie einordnen können, ob jemand nur nervig und melodramatisch ist, ätzend oder launenhaft oder gar bedrohlich oder gefährlich. Wie die Checkliste zu nutzen ist, wird in Kapitel 1 auf Seite 54 erklärt.

- In Gegenwart dieser Person fühlen Sie sich ständig in der Defensive.
- Heftige Wutausbrüche und Anfälle stehen in keinem Verhältnis zur Geringfügigkeit der Anlässe.
- Seit Sie diese Person kennen oder mit ihr eine Beziehung haben, sind Sie weniger glücklich, selbstbewusst oder selbstsicher.
- Beziehungen sind eine Achterbahnfahrt aus Höhen und Tiefen.
- Ist unfähig, die Wirkung und Folgen seiner Worte und Handlungen auf andere abzuschätzen.
- Verhält sich gelegentlich »unangemessen« oder gar »abscheulich«.
- Dreht bei Stress regelmäßig völlig durch.
- Streitigkeiten, die nach Minuten beendet sein sollten, ziehen sich stunden- und tagelang hin, ohne dass er einen Versuch macht, auf den anderen zuzugehen oder den Streit zu beenden.
- Spielt offenbar regelmäßig die Rollen des »Opfers« bzw. des »Prinzen«.
- Hasst es, allein zu sein, und sucht ständig Gesellschaft.
- Hat mit Selbstmord gedroht.
- Zeigt oft offen Panik, Angst, Gereiztheit, Trauer oder Zorn.
- Fühlt sich (nach eigener Aussage) oft leer; langweilt sich schnell, braucht Aufregung.
- Zeigt auch in Gegenwart Außenstehender heftigen Zorn gegenüber Familienmitgliedern.
- Streitet oder kämpft oft mit anderen.
- Scheint verbale Auseinandersetzungen zu genießen.
- In Gegenwart dieser Person können Sie sich nicht entspannen.

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen

- Spricht oft davon, dass Einzelpersonen oder Gruppen etwas gegen ihn haben und sich gegen ihn verschworen haben.
- Kollegen beschreiben ihn als »schwierig«, »nervtötend« oder »unmöglich« oder sagen, er »macht Ärger«.
- In seiner Gegenwart fühlen Sie sich emotional und sogar körperlich ausgelaugt.
- Nach ein paar Stunden mit ihm fühlen Sie sich, als stünde Ihre Welt Kopf. Vielleicht fragen Sie sich: »Was ist denn da passiert?«
- Sein engstes Umfeld (z. B. Sie, Familie, Kinder, Partner) wacht ständig darüber, in welcher Stimmung er sich befindet.
- Wehrt sich »wie besessen« gegen reale oder eingebildete Versuche von Freunden oder Partnern, ihn zu verlassen.
- Benimmt sich gelegentlich übertrieben melodramatisch.
- Streitet erbittert, flucht und beleidigt.
- Verlangt von anderen überaus viel: Gefälligkeiten, Zeit, Aufmerksamkeit oder Geld.
- Hat aus Wut oder Missbilligung Dinge herumgeworfen oder kaputt gemacht.
- Hat mit Selbstmord gedroht, um nicht verlassen zu werden.
- Anstatt sich zu entschuldigen oder Streitigkeiten zu beenden, suhlt er sich gerne in ausgiebigem Streit und bitterem Hader.
- Wird von anderen als »sprunghaft«, »unzuverlässig« oder »instabil« bezeichnet.
- Stürzt sich »zu schnell« und »zu heftig« in neue Beziehungen.
- Lässt sich gern tätowieren, um »etwas zu fühlen«.
- Ist dafür bekannt, extrem nachtragend zu sein.
- Kanzelt andere ab oder kritisiert sie, wodurch er sie erniedrigt oder beschämt.
- Behauptet zu vergeben, tut es aber nie: Er merkt sich alle Kränkungen und Ungerechtigkeiten und führt sie in späteren Streitigkeiten wieder an.

- Geht »schnell an die Decke« und hat eine sehr niedrige Frustrationsschwelle.
- Scheint unfähig zu beständiger Empathie, Fürsorge oder Liebe.
- Es ist nicht ungewöhnlich, dass andere Menschen Gespräche mit ihm mit den Worten »Reg dich nicht auf, aber ...« einleiten.
- Es gibt Hinweise darauf, dass seine Beziehungen immer »stürmisch« sind.
- Seine Ehe war geprägt von Streit und Verbitterung.
- Scheint sich immer »zu den falschen Leuten« hingezogen zu fühlen: Gaunern, Drogensüchtigen, gefahrensüchtigen oder verantwortungslosen Menschen.
- Es scheint ihm egal zu sein, wenn er andere mit seinem Verhalten kränkt.
- Fühlt sich in seiner Haut nicht wohl; wäre gern ein anderer.
- Macht bei riskanten Unternehmungen mit, die entweder verboten sind oder andere Menschen gefährden.
- Ist sehr empfindlich dafür, wie andere über ihn denken oder sprechen. Reagiert auf Kritik gern mit Beschimpfungen.
- Änderungen im Plan regen ihn fürchterlich auf, verängstigen oder reizen ihn.
- Hat sich selbst verletzt: durch Ritzen, Kratzen, Beißen, Piercen, Brennen oder das Ausreißen von Haaren.
- Reagiert erbost oder entrüstet, wenn er keine Sonderbehandlung bekommt.
- Verhält sich, als wollte er im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen – mag das Gefühl nicht, außen vor gelassen zu werden.
- Lügt, ohne mit der Wimper zu zucken, wenn er davon profitiert.
- Sie haben gezögert, etwas zu sagen oder zu tun, weil Sie sich vor seiner Reaktion fürchteten oder weil Sie Angst hatten, er könnte sich etwas antun.
- Ist dafür bekannt, Mitleid zu heischen (etwa indem er vorgibt, krank zu sein).

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen“

- Seine Qualen, Krankheiten oder Verletzungen sind immer schlimmer als die der anderen.
- Fordert enorm viel Zeit und Aufmerksamkeit von anderen Menschen.
- Verlangt im Gegenzug für seine Fürsorge Aufmerksamkeit und Ergebenheit.
- Hat Kinder speziell dafür adoptiert, damit er »im Alter versorgt ist«.
- Versteht keine altruistische Liebe und kann auch keine geben.
- Sie fühlen sich von ihm irgendwie »gefangen«.
- Seine Gefühle scheinen immer so intensiv.
- Ist bekannt für stürmische, aber kurze Affären.
- Hat wiederholt geklagt, er fühle sich minderwertig.
- Macht nichts für andere Menschen, ohne eine Gegenleistung zu erwarten oder Bedingungen zu stellen.
- Hat bereits eine längere Depression bzw. Angststörung oder mehrere kurze Episoden hinter sich.
- Ändert seine Loyalitäten schnell, was Sie oder seine Freunde verwirrt und erbost.
- Wirkt sehr unsicher und versucht verzweifelt, das zu überkompensieren.
- Hat zugegeben, »alle möglichen Drogen« ausprobiert oder genommen zu haben.
- Hat erzählt, emotional »außer Kontrolle geraten« zu sein, kann aber nicht erklären, warum.
- Hat gedroht, sich Leid anzutun, nur um andere damit zu manipulieren.
- Ihr Selbstwertgefühl leidet darunter, dass Sie mit dieser Person Umgang haben.
- Fürchtet sich davor, dass Menschen ihm zu nahe kommen oder hält Menschen davon ab.
- Hat über eine hartnäckige, nicht näher spezifizierte Krankheit geklagt, die seine Stimmung beeinträchtigt oder ihm seine Energie raubt.

- Seine Affären sind heiß, aber kurzlebig.
- Scheint sich selbst oft nicht zu mögen (er mag nicht, wer er ist, wie er aussieht oder wie sein Leben läuft).
- Hat ein überwältigendes Bedürfnis, dass ein Mensch ihn liebt, vergöttert und sich ausschließlich um ihn kümmert.
- Behauptet, unter Migräne, Fibromyalgie, Magengeschwüren, Kolitis, einem Reizdarm oder häufigen Kopfschmerzen zu leiden.
- Seine erwachsenen Kinder haben den Kontakt zu ihm abgebrochen.
- Ist sehr gut darin, anderen die Schuld zuzuschieben, wenn etwas schiefgeht.
- Antwortet auf jede Kritik mit Gegenkritik, auch wenn sie unlogisch oder völlig ungerechtfertigt ist.
- Befindet sich in einem ständigen Machtkampf mit Ihnen und anderen.
- Ist stur und streitsüchtig; scheint immer das letzte Wort haben zu müssen.
- Erweist sich oft als extrem schlechter Planer (vergisst etwa, etwas zu essen oder zu trinken für die Kinder mitzunehmen), als hätte er überhaupt keinen Sinn für Prioritäten.
- Schwankt zwischen den Extremen, andere Menschen zu vergöttern und sie abgrundtief zu hassen.
- Scheint nur im Jetzt zu leben; macht kaum Pläne für seine finanzielle oder berufliche Zukunft.
- Scheint nicht aus früheren Beziehungen oder aus Lebenserfahrung zu lernen.
- Wünscht sich eine Beziehung mit einem »Idealmenschen«, der sich ausschließlich um ihn kümmert, ihm alles gibt und immer verfügbar ist – wobei es solche Menschen in der Realität gar nicht gibt.
- Ist zutiefst enttäuscht und macht andere herunter, wenn er nicht bekommt, was er will.
- Ist auf mehreren Gebieten impulsiv: wechselt häufig die Sexualpartner, gibt ungehemmt Geld aus, nimmt Drogen, fährt rücksichtslos,

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen

- hat Fressanfälle, zockt, säuft oder geht ganz allgemein gewaltige Risiken ein.
- Selbst bei einer kurzen Begegnung schafft er es, dass Sie oder andere sich ängstlich, aufgewühlt, zornig oder »stinkwütend« fühlen.
- Sucht ständig nach Entschuldigungen oder Intrigen, die erklären sollen, warum er die ihm zustehende Beförderung oder Anerkennung nicht bekommen hat.
- Sucht sich für Affären gezielt Partner, die schon verheiratet oder gebunden sind.
- Rendezvous-Partner haben schon nach einem kurzen Treffen erklärt, sie hätten ein übles Gefühl bekommen, irgendetwas habe da nicht gestimmt.
- Sie oder andere haben ihn mit den Ausdrücken »durchgeknallt« oder »verrückt« beschrieben.
- Wirkt launisch und scheint ohne ersichtlichen Grund an die Decke gehen zu können.
- Hat sich ohne vernünftigen Grund spektakulär gegen geliebte Menschen gewendet.
- Falls er sich in Therapie befindet: Hat sich mit dem Therapeuten zerstritten, obwohl er ihn zuvor in den höchsten Tönen gepriesen hatte.
- Liebt das unbelastete Leben »auf der Überholspur« oder verhält sich gern verantwortungslos.
- Vergisst wichtige Pflichten, etwa Heizöl zu besorgen, Rechnungen zu begleichen oder Steuern zu bezahlen, obwohl er das Geld dazu hätte.
- Seine Kinder scheinen ihm eher eine Last als eine Freude zu sein.
- Setzt Erniedrigung als Strafe ein.
- Hat seine Kinder allein zurückgelassen, um mit Freunden auszugehen oder zu feiern.
- War schon mit sehr vielen Männern zusammen, oft mit miesen Typen.
- Kinder klagen darüber, daheim ignoriert, gedemütigt oder sogar misshandelt worden zu sein.
- Wirkt emotional distanziert, selbst wenn er sich Mühe gibt.
- Er hat wiederholt Ihnen die Schuld für seine Probleme und seine Unzufriedenheit gegeben.
- Fühlt sich in Gruppen geborgen und glücklich; mag es nicht, allein zu sein.
- In seinem Leben scheint es immer Spannungen zu geben (fast alles wird negativ aufgefasst).
- Wirkt dünnhäutig.
- Hat von Ihnen verlangt, sich in einem Konflikt auf seine Seite zu stellen.
- Wirkt völlig gleichgültig gegenüber freundlichen oder großzügigen Taten von Menschen, die sich sorgen oder helfen wollen.
- Ist extrem empfindlich für Signale, dass jemand ihn verlassen will.
- Hat wiederholt über Angstzustände oder Depressionen geklagt.
- Hat jemanden aus seiner Vergangenheit wiederholt verfolgt oder bedrängt.
- Lässt Wunden auf seiner Haut nicht vernarben und kratzt sogar in der Öffentlichkeit am Schorf. Ritzt sich mit scharfen Gegenständen, wenn er sich gestresst fühlt.
- Scheint seine Ausbrüche von Wut und Feindseligkeit nicht kontrollieren zu können.
- Bei ihm wurde Anorexie oder Bulimia nervosa diagnostiziert.
- Mindestens zwei der folgenden Ausdrücke wurden verwendet, um ihn zu beschreiben: »schrecklich«, »zickig«, »durchgeknallt«, »unmöglich«, »verrückt«, »durchgedreht«.
- Hat sich einer Sekte angeschlossen oder schwärmt von einem »Guru«, Meister oder Trainer, dem er bedingungslos folgt.
- Sie haben das Gefühl, in seiner Gegenwart wie auf Eiern gehen zu müssen.
- Leidet bekanntermaßen an einer histrionischen, paranoiden, Borderline-Persönlichkeitsstörung o. Ä.
- Hat im Zorn mehr als einmal einen Partner geschlagen.

Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit psychisch/psychosomatisch kranken Menschen¹

- Bei ihm wurde eine bipolare (früher: manisch-depressive) Störung diagnostiziert, oder er leidet unter starken Stimmungsschwankungen.
- Hat laut von Rache fantasiert oder sie tatsächlich genommen (z. B. Reifen zerstoßen, Auto mit einem Schlüssel zerkratzt, Hassbriefe verschickt).
- Hat gewaltige Anstrengungen, enorme Kosten oder eine weite Reise auf sich genommen, um jemanden zu verfolgen, zu überwachen oder zu belästigen.
- Hat am Arbeitsplatz große Wut auf seine Kollegen geäußert.
- Hat das Eigentum eines Exkollegen, -freundes, -zimmergenossen, -partners oder eines Familienmitglieds beschädigt oder zerstört.

Auswertung:

15 bis 35 Kreuzchen: Dieser Mensch kostet andere gelegentlich Nerven; es kann schwierig sein, ihn als Partner oder Kollegen zu haben.

36 bis 65 Kreuzchen: Der Betreffende zeigt alle Anzeichen und Verhaltensweisen einer emotional instabilen Persönlichkeit. Er benötigt Hilfe und wird im Leben aller Menschen, die ihm nahestehen, Unheil anrichten.

66 und mehr Kreuzchen: Dieser Mensch ist massiv emotional instabil und stellt eine Gefahr für die Gefühle, die Psyche, die Finanzen und sogar die körperliche Gesundheit anderer Menschen dar.

Sofortmaßnahmen

Wenn Sie es mit einer emotional instabilen Persönlichkeit zu tun haben, müssen Sie sich zuallererst klarmachen, dass sie professionelle Hilfe von Spezialisten braucht, die mit solch komplexen und zerrissenen Persönlichkeiten umzugehen gelernt haben. Die Therapie wird lang und intensiv, aber sie kann durchaus helfen – wenn die Person sich denn überhaupt helfen lassen will, denn die Therapie erfordert auch von den psychisch Kranken eine große Anstrengung.

Sollten Sie versuchen, diese Person zu einer Therapie zu bewegen, springt diese Ihnen dafür wahrscheinlich ins Gesicht. Wenn das Zusammenleben mit diesem Menschen Sie reizbar, wütend, traurig oder deprimiert gemacht hat, wenn dieser Mensch Sie durch sein Verhalten zum Opfer gemacht hat, brauchen Sie möglicherweise selbst professionelle Hilfe. Diese Typen sind derart zerstörerisch, dass sie Ihnen tiefe Wunden beibringen können, ohne Sie auch nur anzurühren.

Setzen Sie strikte Grenzen, welches Verhalten Sie noch dulden. Das führt anfänglich zu Konflikten, sorgt aber, wenn Sie auf diesen Grenzen bestehen, zumindest eine Zeit lang für Stabilität. Verletzt die emotional instabile Persönlichkeit Ihre Grenzen wiederholt oder traumatisiert sie Sie weiter, bestätigt Ihnen das, dass Sie es mit einer ernsthaft gestörten Person zu tun haben und sich von ihr distanzieren müssen. Niemand kann von Ihnen verlangen, dass Sie sich misshandeln oder zum Opfer machen lassen. Sollten Sie gegen diesen Rat handeln und sich weiter mit dieser Person abgeben, dürfen Sie sich nicht wundern, wenn sie weitermacht wie bisher und Ihr ganzes Leben auf den Kopf stellt.

Wenn diese Person laut darüber nachdenkt oder androht, sich Leid anzutun, müssen Sie den Notruf wählen. Für Probleme dieser Art sind Profis zuständig. Wenn Sie Kinder haben: Bedenken Sie, dass die Kinder sich gegen diese Person nicht wehren können und Ihren Schutz brauchen. Unternehmen Sie Schritte, um sich und die von Ihnen geliebten Menschen zu schützen. Sie haben eine moralische Verpflichtung, Kindern den Zorn dieser Personen zu ersparen. Weitere Strategien finden Sie in Kapitel sechs.

Anmerkungen:

¹ Kashner/Schoenberger, 2010

² Spoto, 1993; Taraborelli, 2009

³ Guinn, 2013

⁴ Spoto, 1993; Taraborelli, 2009

⁵ Coscarelli, 2013; Van Horn, 2013

⁶ de Becker, 1997, S. 235f.; Bugliosi, 2008

⁷ Dickinson, 2012

⁸ Hedges, 2005

Kontakt:

Prof. Dr. Karl-Heinz Stange

Fachhochschule Erfurt

Fakultät Angewandte Sozialwissenschaften

Lehrgebiet Rehabilitation

Altonaerstr. 25

99085 Erfurt

Tel: 0361/2624769 o. 0172/3516826

Mail: karl.heinz.stange@fh-erfurt.de

www.fh-erfurt.de/soz/so/personen/