

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

	Seite
1. Psychische Erkrankungen und Grundlagen von Kommunikation und Gesprächsführung	2
2. Depression	10
3. Persönlichkeitsstörungen	20
4. Psychose	32
5. Angstkrankheiten und Phobien	41
6. Psychosomatische Krankheiten	44
7. Sucht	50
8. Psychotherapie	54
9. Methodische Hinweise zur Gesprächsführung	59
10. Schwierige Gesprächssituationen	69
11. Übertragung und Gegenübertragung	74
12. Infos und Literaturtipps	78

1. Psychische Erkrankungen und Grundlagen von Kommunikation und Gesprächsführung

Psychische Erkrankungen:

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

Klassifikationssysteme:

ICD 10 (International classification of diseases)

DSM V (Diagnostic and statistical manual of mental disorders)

Merksätze:

- Sucht ist "ubiquitär", d. h. überall zu finden (Komorbidität).
- Der Neurotiker baut Luftschlösser, der Psychotiker wohnt darin und der Psychiater kassiert die Miete.
- (Unbehandelte) Menschen mit Persönlichkeitsstörungen leiden nicht darunter, sondern lassen leiden (dabei besonders dabei beliebt: Krankenkassenmitarbeiter, Sozialarbeiter und Berufsbetreuer).

Ebenen der Kommunikation und Gesprächsführung

Einige Grundsätze:

- 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)

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
- **Apell:**
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. muss für einige Zeit -vom Arzt verordnet- Physiotherapie bekommen. Die Physiotherapeutin Anna kommt zu den Behandlungen in das Pflegeheim.
- Heute lässt sie jedoch einige Übungen aus. Frau B. sagt zu Anna: „Sie haben ja heute gar nicht die Übungen für die Stärkung der Rückenmuskulatur mit mir durchgeführt“.
- Physiotherapeutin Anna 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 Physiotherapeutin Anna nicht eingegangen?

Frau B. hat folgende vier Kommunikationsebenen vermittelt:

- **Sachebene:**
„Ich habe heute einige Übungen nicht bekommen.“
- **Beziehungsebene, Gefühle:**
„Ich bin deshalb beunruhigt und ängstlich“
- **Selbstoffenbarung:**
„Ich weiß nicht, warum das so ist.“
- **Apell:**
„Erklären Sie mir, warum das so ist.“

Physiotherapeutin Anna hätte in ihrer Antwort auf diese Kommunikationsebenen wie folgt eingehen können:

- **Sachebene:**
„Der Arzt hat gesagt, dass diese Übungen vorübergehend abgesetzt werden sollen.“
- **Beziehungsebene:**
„Ich verstehe, dass Sie darüber etwas beunruhigt sind, aber es hat nichts mit uns zu tun.“
- **Selbstoffenbarung:**
„Ich wie es nicht und kann Ihnen daher leider nichts Näheres dazu sagen.“
- **Apell:**
„Sie müssen sich keine Sorgen machen, das wird sicher seine Richtigkeit haben.“

Sie hat die Kommunikationsgrundsätze jedoch nicht beachtet, die Heimbewohnerin damit unnötig belastet und Probleme verursacht. Das Beispiel zeigt, wie wichtig es ist die vier Kommunikationsebenen zu beachten.

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

Wirkungsvolle Gesprächstechniken: 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.

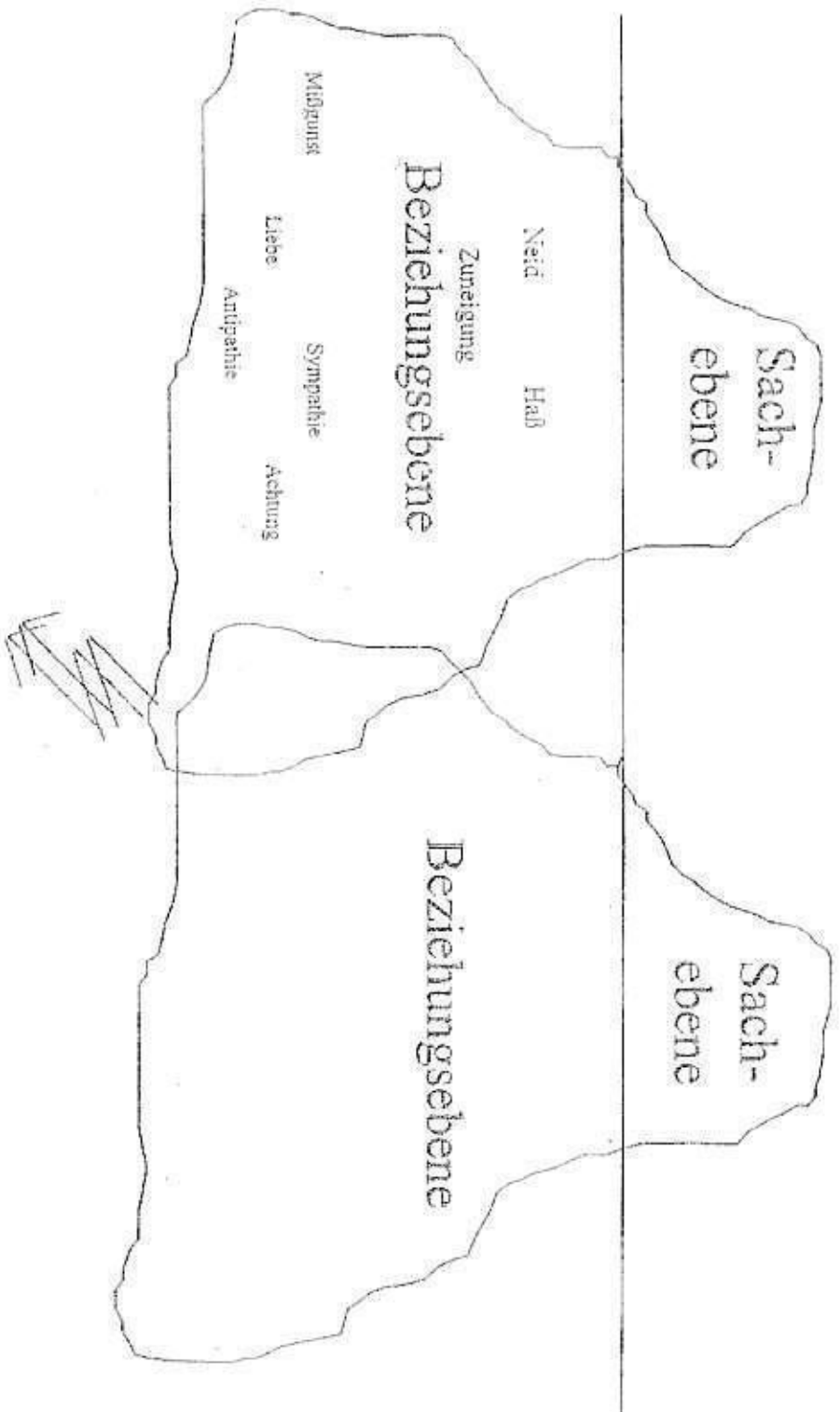
Signale für sich anbahnende Konflikte:

- Über andere werden in ihrer Abwesenheit abwertende Äußerungen gemacht
- Persönliche Vorwürfen kommen vor
- Es gibt Aggressive Äußerungen oder übertriebene Höflichkeit
- In Besprechungen wird gestört, spöttische Anmerkungen gemacht oder Desinteresse gezeigt
- Vereinbarungen werden zwar zugesagt, aber nicht gehalten
- Unpünktlichkeit nimmt zu
- Teammitglieder ziehen sich zurück
- Positionen verhärten sich
- Informationen/Wissen werden nicht oder nur selektiert weitergegeben
- Sarkasmus, Zynismus und Destruktivität sind zu beobachten

<p>Signale, die Ihre Bereitschaft ausdrücken, zuzuhören und zu verstehen</p>	<p>Signale, die ein Nichtverstehen oder Andersdenken anzeigen</p>
<p>Kopfnicken zugewandter freundlicher Blick den Körper jemandem zuneigen Äußerungen wie «Ja», «Hm», «Genau», «Aha» usw.</p>	<p>Kopfschütteln Blick abwenden sich zurücksetzen Ärme verschränken Äußerungen wie «Nein», «Aber», «Ach was»</p>

Unbewusste Konflikte und Probleme als Ursache

Kommunikation als Eisberg



2. Depressive KlientInnen

„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“.

Depressionen

Man geht von rund vier Millionen Menschen in Deutschland aus, die von Depressionen und Burnout betroffen sind. Burnout ist ein Modebegriff, den es übrigens ausschließlich in deutschsprachigen Ländern gibt. 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 führen. Durch die Vermengung von Stress, Burnout und anderen Befindlichkeitsstörungen mit der Erkrankung Depression kann diese verharmlost werden. 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. Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zählt die Depression zu der häufigsten psychischen Erkrankung weltweit. Es gibt nicht „die Depression“, sondern verschiedene Varianten mit unterschiedlichen Ursachen. Meist führt ein Zusammenspiel verschiedener Faktoren zur Erkrankung.

Eine Depression kann körperliche, psychologische und gesellschaftliche Ursachen haben. Aus biologisch-medizinischer Sicht entsteht eine Depression aufgrund von Stoffwechselfstörungen im Gehirn und durch genetische Faktoren. Hinreichend bewiesen ist dies jedoch bisher nicht. Sie kann allerdings eine Folge körperlicher Erkrankungen (Diabetes, Tumore, Entzündungen etc.) sein oder durch Medikamente (Rheumamittel, Psychopharmaka, Mittel gegen Bluthochdruck etc.) verursacht werden. Wichtig ist daher zunächst eine gründliche körperliche Untersuchung, um dies auszuschließen oder die Primärerkrankung zu behandeln. Besonders in den meisten Fällen eine emotionale Mangelernährung im Elternhaus wie zu frühe und zu lange Trennungen, Bindungsprobleme der Eltern, Aggressionen gegen die Kinder etc. und gesellschaftliche Bedingungen wie häufige Entwurzelungen bzw. Lebensortwechsel, Verlust der Lebensperspektive oder nicht korrigierbare Armut.

Diese unterschiedlichen Erklärungsansätze drehen sich dabei u. a. um die Frage, ob die Stoffwechselfstörungen im Gehirn Ursache oder Folge der Depression sind. Fest steht, dass Studierende oft, aufgrund nicht hinreichender Studienfinanzierungsmöglichkeiten und Studienbedingen, erheblichen psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind. Diese Belastungssituationen können zu Erschöpfungs- und Versagensgefühlen führen und die Entstehung einer depressiven Erkrankung zumindest begünstigen.

Eines der wichtigsten Zeichen der Erkrankung ist ein Gefühl des langanhaltenden „Heruntergedrücktheits“. Menschen, die von einer Depression betroffen sind, kennen kaum oder keine Freude und alles erscheint ihnen trist und grau. Sie denken, fühlen und erleben die Welt wie durch eine dunkel getönte Brille. An die Stelle von Empfindungen wie Freude, Zufriedenheit, Genießen, Gelassenheit, Zorn oder Ärger rückt eine Art Gefühlsnumpfindlichkeit. Die Betroffenen haben das Gefühl als seien ihnen alle Gefühlsregungen verloren gegangen. Dieser Zustand wird als „Gefühl der Gefühlslosigkeit“ beschrieben. In der Depression fehlen Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl, es besteht ein Gefühl der Minderwertigkeit und Unsicherheit. Diese Gedanken sind wertlos und ungeliebt zu fühlen, können sich bis zu Suizidüberlegungen oder zum Suizidversuch steigern.

Depressionen können sich schleichend entwickeln: Wochenlange Schlafstörungen, Grübelneigungen, Schwierigkeiten sich zu konzentrieren, mangelnde Freizeitaktivitäten, eine Einschränkung der Erholungsfähigkeit sowie eine schnelle Ermüdbarkeit, der Rückgang von Aktivitäten und Hobbys sind zu beobachten. Die Betroffenen fühlen sich als versärgert und sind im Studium leistungsgemindert.

Eine Depression hat immer auch -mehr oder weniger ausgeprägte- Körpersymptome wie Appetitlosigkeit, Schlafstörungen, Kopf-, Rücken- und Gliederschmerzen, Tinnitus, Libidoverlust oder Herz-Kreislaufprobleme. Körperliche Beschwerden können häufig im Vordergrund stehen, die dahinter verborgenen psychischen Schmerzen werden von der Schulmedizin (Körpermedizin) oft nicht erkannt. Wichtig ist aber auch sich klar zu machen, das Sorgen, Bedrücktheit, das Gefühl der Überforderung, der Erschöpftheit am Morgen, der Trauer und andere Gefühle und Symptome oft völlig gesunde Reaktionen auf Lebensumstände sind. Die Weltnessindustrie, pseudowissenschaftliche Ratgeber nach dem Motto „sei immer gut drauf und wenn ein Problem besteht, mach' es ganz schnell weg“ sowie die fortschreitende Technisierung von Lebenswelten (Smartphones als psychosoziale Nabelschnur und Instrument der kontraproduktiven Verleugnung von Einsamkeitsgefühlen) erschweren es vielen Menschen, sich mit unangenehmen Lebenswirklichkeiten auseinanderzusetzen. Fachleuten ist es jedoch gut möglich ein nachvollziehbares Stimmungstief mit Bedrücktheit oder Trauer von einer behandlungsbereitigen Depression abzugrenzen.

die Fragen in Kapitel vier weiter.

Hauptsymptome

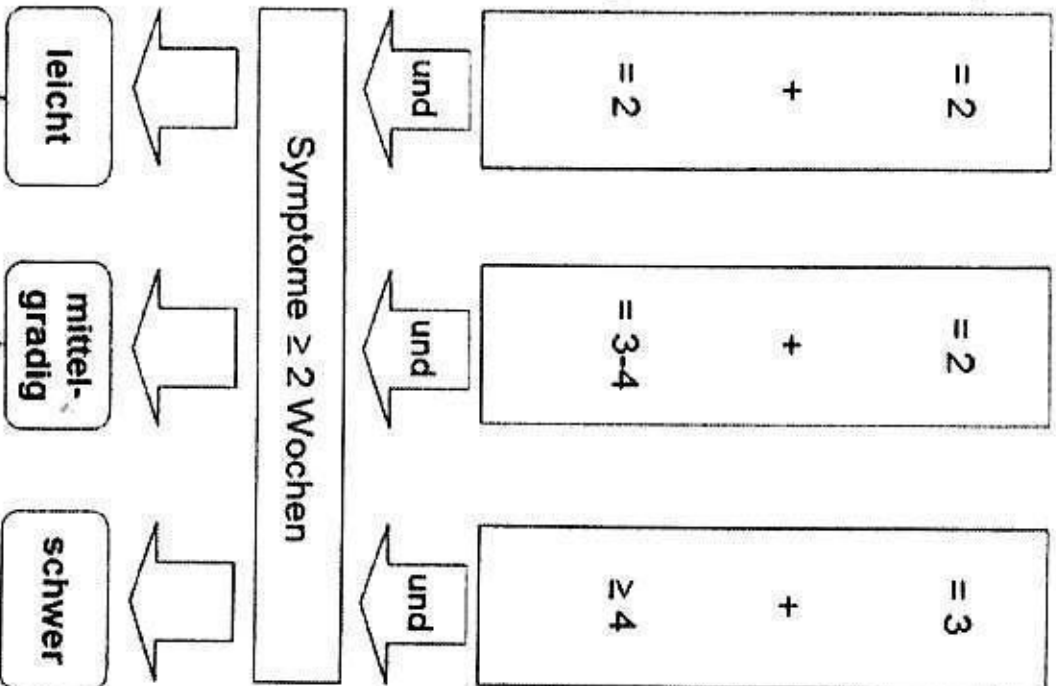
- Gedrückte, depressive Stimmung
- Interessenverlust, Freudlosigkeit
- Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit

Zusatzsymptome

- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit
- Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken/-handlungen
- Schlafstörungen
- Verminderter Appetit

Dauer

Schweregrad



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

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 beim nächsten Termin mit Ihrem Arzt zu besprechen.

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
- Elektrokrampttherapie (EKT)
- Depressionsstationen

Detailinformationen:

www.deutsche-depressionshilfe.de

Verhaltenweisen die sich als hilfreich erwiesen haben

- * 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 sind.
- * Die negativen Empfindungen der Betroffenen, z. B. Klagen über körperliche und psychische Beschwerden, nicht bagatellisieren oder auszureden versuchen.
- * Die momentane Hoffnungslosigkeit als Symptom der Depression ansehen und Hoffnung auf Heilung geben.
- * Schwerer Depressive sollten während der Erkrankung keine wichtigen Entscheidungen treffen.
- * Keine einschneidenden Veränderungen der bisherigen Lebensgewohnheiten.
- * Von Urlaub und längerem Aufenthalt in fremder Umgebung sollte Abstand genommen werden. Das Erleben fröhlicher Menschen in Urlaubsstimmung führt die eigene Situation noch deutlicher vor Augen. Deshalb halten es viele Depressive oft nur wenige Tage in fremder Umgebung aus und kehren schließlich verzweifelt, ratlos und von der Unheilbarkeit ihrer Krankheit stärker überzeugt nach Hause zurück.
- * Einführendes Verständnis zeigen, wenn Schwierigkeiten bestehen, etwas zu tun und zu handeln. Andererseits ist Unterstützung wichtig, wenn eigene und realistisch erscheinende Aufgaben angegangen werden wollen.
- * Auf einen regelmäßigen Tagesablauf bzw. Tagesstrukturierung achten (Aufstehen, Körperpflege, Essen, Nachtruhe etc.).

Detailinformationen:

www.deutsche-depressionshilfe.de

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. Expecten Sie nichts, was der Kranke im Moment nicht leisten kann. So ersparen Sie sich und ihm Frustration. Verzichten 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.

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.

3. KlientInnen mit Persönlichkeitsstörungen

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“

Macht jemand die Erfahrung, nicht wichtig zu sein, beispielsweise durch Bemerkungen wie „Du störst“, „Es wäre besser, es gäbe dich gar nicht“ oder „Ohne dich hätte ich Karriere gemacht“, führt das zur Ausbildung negativer Selbstüberzeugungen und Beziehungsannahmen. Die Betroffenen schließen aus der permanenten negativen Rückmeldung, dass sie selbst nicht wertvoll für andere sind, anderen „nichts zu bieten“ haben. Sie nehmen an, auch in anderen Beziehungen nicht wichtig zu sein, nicht ernst genommen zu werden und keinen Einfluss zu haben.

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

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

Borderline Persönlichkeitsstörung (mindestens fünf Kriterien)

- (1) Verzweifertes 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

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 andere 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 anderer oder glaubt, dass andere auf ihn neidisch seien
- (9) zeigt ein arrogantes, überhebliches Verhalten

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

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 Erfüllungsgeliebten“ für nicht realisierte Elternwünsche)

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

Herz Dr. Maaz, was ist Narzissmus eigentlich?

Denken wir an einen Narzissen, 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 gelten lassen. Oder wenn er sich im Spiegel sieht,

„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 aufzuwerten – modisch, kosmetisch, aber auch durch seine Leistung. Dann ist ja fast jeder betroffen. Wollten Sie damit sagen, dass alle Narzisten sind?

den Spiegel und sagt „So, jetzt ist es in Ordnung“. Ein narzisstisch gestörter Mensch wird nie ein solches zufriedenstellendes, entspannendes Erlebnis erzielen. Und woran liegt das?

Narzissen 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 Hohl, Perfektionismus, Geschmeichelei oder Macht. Weil sie darauf abhingen von äußerer Anerkennung sind, reagieren sie auch besonders empfindlich auf Kritik oder Krankheiten.

Ist denn jeder Narzisst gleich? Nein – es gibt natürlich erhebliche Unterschiede in der Ausprägung. Ich teile außerdem in zwei nahezu entgegengesetzte Formen ein,

wie die Selbstwertstörung verarbeitet wird: die Größenwahn-Narzissen und die Größenklein-Narzissen. Die was? Lassen Sie es mich so erklären: Der Größenwahn-Narzisst ist stets bemüht, als wichtig und bedeutend gesehen zu werden. Er versucht, sich wertvoller zu fühlen, indem er Statussymbole wie Markenkameras, Kunstgegenstände oder teure Autos kauft oder aber besondere Leistungen erbringt. Der Größenklein-Narzisst hingegen traut sich nie etwas zu, verzettelt sich grundschmerzhaft ab. Er kann Komplimente nur schwer entgegennehmen und trägt es nicht, im Mittelpunkt zu stehen.

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

Gibt es heute denn mehr Narzisten 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.

Entwischen man einen Narzissmus oder wird man mit dieser Veranstaltung 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 Leistungspositionen. Es konnten 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 Antrieb 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? Mangete Empathie, also die Fähigkeit, sich in andere Menschen hineinzuversetzen, ist ein ganz charakteristisches Symptom für gestörten Narzissmus. Denn Narzissen sind permanent mit sich und ihrem (wahrgenommenen) Selbstwertgefühl beschäftigt. Deshalb haben sie

überhaupt kein Einfühlungsvermögen, keinen Blick dafür, wie es anderen geht, was andere brauchen. Darüber hinaus treten Größenwahn-Narzissen meist großspurig auf, oft auch lärmend und dadurch unangenehm. Die Größenklein-Narzissen sind furchtsam, klagen, zornschreiend – und leiden oft auch an Depressionen.

Hat Narzissmus noch andere gesundheitliche Auswirkungen? Ja. Durch den stetigen inneren Druck, dankbar zu sein, sich selber zu machen, entwickeln sie auch alle Symptome, die mit Stress zu tun haben. Sprich: hohen Blutdruck, Herz-Kreislaufbeschwerden, 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.

Wie lassen sich besonders viele Menschen mit narzisstischen Störungen finden? Besonders in allen Führungs- und Leistungspositionen. Es konnten 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 Antrieb 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.

Wie lässt sich das behandeln? Wie sieht die Behandlung aus? Der Psychotherapeut rekonstruiert mit dem Patienten dessen Vergangenheit. Also bei

überhaupt kein Einfühlungsvermögen, keinen Blick dafür, wie es anderen geht, was andere brauchen. Darüber hinaus treten Größenwahn-Narzissen meist großspurig auf, oft auch lärmend und dadurch unangenehm. Die Größenklein-Narzissen sind furchtsam, klagen, zornschreiend – und leiden oft auch an Depressionen.

Hat Narzissmus noch andere gesundheitliche Auswirkungen? Ja. Durch den stetigen inneren Druck, dankbar zu sein, sich selber zu machen, entwickeln sie auch alle Symptome, die mit Stress zu tun haben. Sprich: hohen Blutdruck, Herz-Kreislaufbeschwerden, 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.

Wie lässt sich das behandeln? Wie sieht die Behandlung aus? Der Psychotherapeut rekonstruiert mit dem Patienten dessen Vergangenheit. Also bei

überhaupt kein Einfühlungsvermögen, keinen Blick dafür, wie es anderen geht, was andere brauchen. Darüber hinaus treten Größenwahn-Narzissen meist großspurig auf, oft auch lärmend und dadurch unangenehm. Die Größenklein-Narzissen sind furchtsam, klagen, zornschreiend – und leiden oft auch an Depressionen.

Hat Narzissmus noch andere gesundheitliche Auswirkungen? Ja. Durch den stetigen inneren Druck, dankbar zu sein, sich selber zu machen, entwickeln sie auch alle Symptome, die mit Stress zu tun haben. Sprich: hohen Blutdruck, Herz-Kreislaufbeschwerden, 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.

Wie lässt sich das behandeln? Wie sieht die Behandlung aus? Der Psychotherapeut rekonstruiert mit dem Patienten dessen Vergangenheit. Also bei

„Narzissmus kann auch zu gesundheitlichen Schäden führen.“

Dr. Hans-Joachim Maaz

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 Ehrgeiz 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 Antrieb haben, sind entspannter, zufriedener und glücklicher. Sie leben mit Anspannung und Entspannung, mit Tätigkeit und Ruhe. Solche Menschen sind auch sozial angenehmer. Sie sind empathisch, können andere Menschen gut verstehen und akzeptieren, können auch Fremdes annehmen. Sie sind also im Grunde genommen die Menschen, die eine gute Partnerschaft, aber eben auch eine gute demokratische Gesellschaft tragen.

Die narzisstische Gesellschaft Ein Psychogramm von Dr. Hans-Joachim Maaz, dtv, 236 Seiten, 9,90 Euro

BUCHTIPP
Die narzisstische Gesellschaft Ein Psychogramm von Dr. Hans-Joachim Maaz, dtv, 236 Seiten, 9,90 Euro

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“.

10

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.

11

⇒ 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.

12

29

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 Schritten 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 umsorzt 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 umsorzt sich selbst mit der Wärme, die sie vernisst. 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 umsorzt.

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 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 Schwerelosigkeit 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 Schramm 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.

Informatives

Borderline

Bücher

DBT

Therapeuten

Kliniken

Experiential

Rechtliches

Sprachrohr

Symptomatik

Therapie

Medikamente

Komorbidity

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 Verhaltensmerkmalen. Die Problemfelder werden in dieser Reihenfolge bearbeitet. Wenn notwendig, wird sofort wieder auf eine höhere Ebene zurückgegangen.

Die Einzeltherapeuten versucht, eine Balance zwischen Validierung (Verstehen und Wertschätzen des Problems) und Veränderungsstrategien zu finden (dialektische Strategie, Linehan, 1995c, aus psychoanalytischer Sicht, Lohmer et al., 1995).

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 Handlungssituation einzubauen. Nach selbstverleidendem 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 Odesioe
- Solothilfe bei psychischen Erkrankungen
- Erneute Stigmatisierung - Wir sagen Stop!
- 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

Hilfe / Selbsthilfe

Selbsthilfe

Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppe gründen

Erfahrungen

Austausch

4. Psychotische KlientInnen

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 **e i n e m Monat** vorhanden sein.

1. Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung
2. Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachtsein deutlich bezogen auf Körper- oder Gliederschmerzen oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen, Wahrwahrnehmungen
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 Biegsamkeit, Negativismus, Mutismus (zeitweiliges Verstommen) und Stupor (Zustand von Bewegungs- und Reaktionslosigkeit bei klarem Bewusstsein)
8. „Negative“ Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte od. inadäquate Affekte, die nicht durch eine Depression od. bestimmte Medikamente verursacht werden

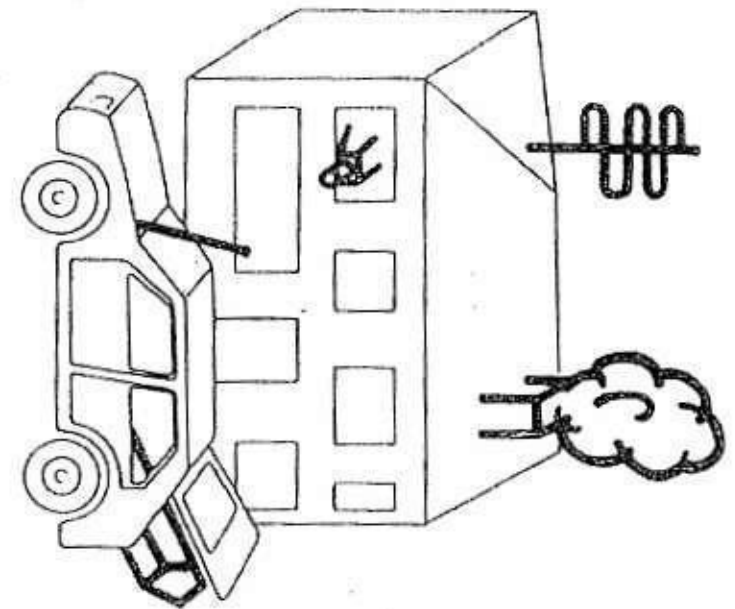
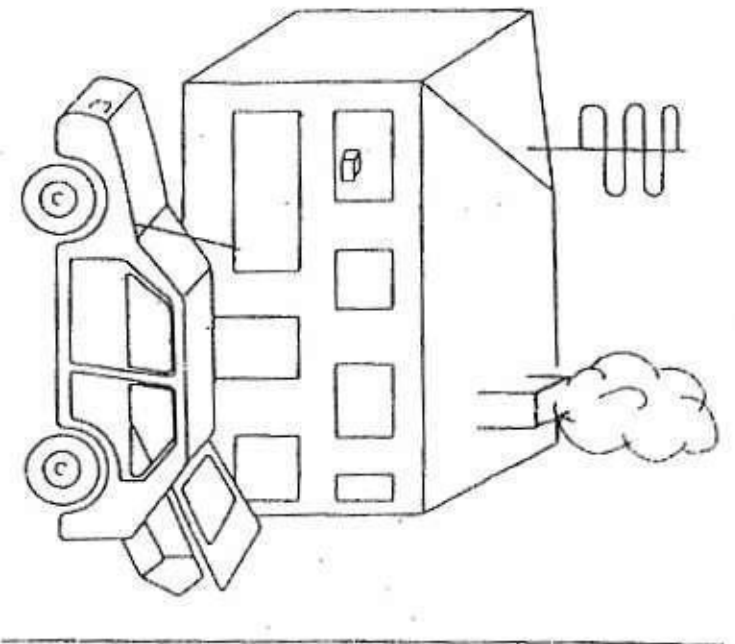


Abb. 1. Spaltung in zwei Realitäten. Das linke Bild zeigt eine gewöhnliche Alltagsszene mit einem parkenden Auto vor einem Wohnhaus. Bei einem psychotisch erkrankten Menschen kann diese harmlose Situation Todesängste auslösen (rechtes Bild)! Die Antenne auf dem Hausdach wird zum Radarempfänger, die Autoantenne 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...

Kontrollprinzip

Überich
(Normen und Gebote, die internalisiert wurden)



Realitätsprinzip

Ich
(Wahrnehmung von inneren und äußeren Vorgängen, Handeln)



Lustprinzip

Es
(Triebhaftes)
Verdrängtes

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 ungezügeltten Triebe 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.

Hinweise für den (Selbst-)Umgang mit Psychosen:

- Bei Plusssymptomen: Akzeptieren Sie die subjektive „Wahrheit“ des Erkrankten, versuchen Sie nicht den Wahn auszureden oder über Objektivität zu streiten.
- Bei Minussymptomen: Verlassen Sie sich allein nicht auf Zusagen (die von Betroffenen oft nicht eingehalten werden können), stellen Sie zumutbare Anforderungen an konkretes Handeln.
- Versuchen Sie Enttäuschungen und Kränkungserfahrungen nicht als absichtlich gegen Sie gerichtet zu interpretieren.
- Die Kommunikation sollte authentisch und ehrlich sein, ein möglichst widerspruchsfreies verbales und nonverbales Verhalten ist hilfreich.
- Versuchen Sie die Angst und Not zum Gesprächsthema zu machen und nicht den Inhalt der Wahnvorstellungen.
- Für Betroffenen wie für Angehörige und HelferInnen ist die Teilnahme an Selbsthilfegruppen und „Psychose-Gesprächen“ oft eine große Hilfe.
- Sollte eine nachgewiesene Selbst- und Fremdgefährdung vorliegen, scheuen Sie sich nicht den ärztlichen Notdienst, die Bereitschaft des Sozialpsychiatrischen Dienstes des örtlichen Gesundheitsamtes oder die Polizei zu verständigen. Weitere Maßnahmen müssen dann von dort vorgenommen und verantwortet werden.
- Absprachen sollten klar, eindeutig und verbindlich sein.
- Grundsätzlich ist in der Beziehungsgestaltung auf eine „Nähe-Distanz-Gleichgewicht“ zu achten. Gut gemeinte „Kumpelhaftigkeit“ kann dieses Gleichgewicht ebenso bedrohen wie Kühle und Teilnahmslosigkeit.

Grundsätzlich ist in der Beziehungsgestaltung auf ein „professionelles Nähe-Distanzgleichgewicht“ zu achten. Gut gemeinte, aber wenig reflektierte Kumpelhaftigkeit (hier ist auch das in sozialen Einrichtungen häufig gepflegte Duzen von Klienten/Patienten kritisch zu nennen!) kann dieses Gleichgewicht ebenso bedrohen (Hospitalismusgefahr!) wie pseudoprofessionelle Kühle und Teilnahmslosigkeit.

Dieses Nähe-Distanz-Gleichgewicht kann unterstützt werden durch

- klare und eindeutige Rahmenbedingungen (z.B. Stations- oder Hausregel)
- klare und eindeutige Absprachen (z.B. über Art und Umfang des Kontaktes und der Betreuung)
- frühe, klare und eindeutige Ankündigungen (z.B. von bevorstehenden Änderungen, z.B. Urlaub oder Vertretung)
- Verbindlichkeit und Verlässlichkeit des professionellen Helfers
- rechtzeitige Absprachen und Klärungen im Team
- offener Austausch im Team, um Spaltungen entgegen zu wirken.

Besonders wichtig erscheinen Klarheit, Eindeutigkeit, Verbindlichkeit und Verlässlichkeit in der Beziehungsgestaltung. Zu große Nähe oder gar Intimität, aber auch zweideutige, ironische oder widersprüchliche Kommunikation verwirren (machen „irre“) genauso wie Kühle, Distanz oder gar Ablehnung.

Hilfreich kann zusätzlich *Triangulierung* sein: dieser der Psychoanalyse entlehnte Begriff, der die Auflösung einer Zweierbeziehung in eine Dreierbeziehung beschreibt, meint hier die Erweiterung einer möglicherweise als zu persönlich, zu nah oder gar bedrohlich erlebten Beziehungssituation zwischen Klient und Helfer durch eine dritte Person oder durch Bezugnahme auf etwas Drittes, zum Beispiel eine verbindliche Haus- oder Stationsregel. Der Vorteil liegt darin, daß zum Beispiel das kritische Ansprechen von Verhaltensweisen des Bewohners einer Wohngruppe nicht als „persönliches Nichtmögen“ des Sozialarbeiters interpretiert wird sondern durch Unterstützung durch einen Dritten oder durch Berufung auf eine gemeinsame Hausregel aus der persönlichen Zweierbeziehung herausgenommen und somit für den Bewohner einsichtiger und akzeptabler wird. Es muß jeweils im Einzelfall entschieden werden, ob die Nähe einer Zweierbeziehung oder die Triangulierung hilfreich ist.

Bausteine Psychotherapie:

- **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, 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, www.bapk.de)
- **Ratgeber und Literaturtipps**
(www.betanet.de/download/ratgeber-psychosen.pdf
www.bar-frankfurt.de/publikationen/Arbeitshilfen)

Typ	Indikation	Verschreibungspflicht	Suchtpotenzial
Antidepressiva	Depressionen	Ja	Nein
Lithiumsalze	Bipolare Depressionen	Ja	Nein
Neuroleptika	Psychosen Bei niedriger Dosierung: Angst- und Unruhezustände	Ja	Nein
Benzodiazepine (Beruhigungsmittel)	Angst- und Unruhezustände	Ja	Ja
Barbiturate (Schlafmittel)	Schlafstörungen	Ja	Ja
Amphetamine („Aufputschmittel“, „Speed“)	Antriebsarmut	Ja	Ja



Bezirksklinikum Mainkofen

Eine Gesundheitseinrichtung des Bezirks Niederbayern

Suche...



Home

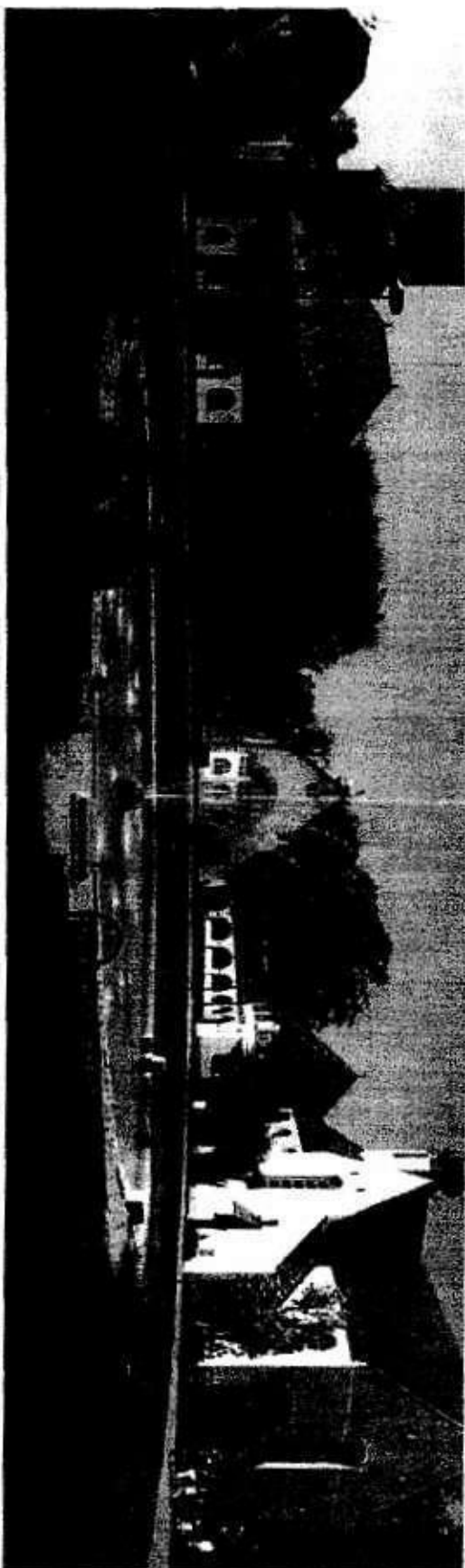
Aktuelles

Patienten und Besucher

Karriere

Arztportal

Kontakt Service



Über uns

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Zentrale Aufnahmestation mit
Krisenintervention

Privatärztliche Station

Allgemeinpsychiatrie I

Allgemeinpsychiatrie II

Abteilung für Abhängigkeitsstörungen

Abteilung Gerontopsychiatrie

Krisenintervention für Erwachsene mit
Intelligenzhinderung

Psychiatrische Institutsambulanz

Klinische Psychologie / Psychotherapie

Klinik für Psychosomatik und
Psychotherapie

Klinik für Erwachsenenpsychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatik in

Home / Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie / Allgemeinpsychiatrie I

Psychosostation B 9 0

Tel. 09931 / 87 22501

Sozialtherapeutisch orientierte Spezialstation

Teil des Therapiekonzepts dieser sozialtherapeutisch orientierten, auf die Behandlung von Psychosen spezialisierten Station ist es, nach eingehender Diagnostik und Anschluss organischer Erkrankungen durch eine sorgfältige Psychopharmakotherapie, aber auch durch Anwendung psycho- und sozialtherapeutischer Maßnahmen, den Patienten zu befähigen, sich mit seiner Erkrankung konstruktiv auseinander zu setzen. Er wird, seine Defizite zu bearbeiten, vor allem aber auch seine Ressourcen zu nutzen.

Die Arbeit in Kernteamen sowie mehrtherapeutische Aktivitäten helfen dabei, zu anderen Menschen Kontakt aufzunehmen und die Krankheitsbedingte, oft qualvolle Isolation zu verringern. Ziel ist es auch, ein größtmögliches Maß an Selbständigkeit und Selbstverantwortlichkeit zu erreichen.

Schwerpunkte:

- Eingehende Diagnostik, um organische Erkrankungen auszuschließen
- Optimierte Psychopharmakotherapie einschließlich Rhythmaphylaxe
- Psycho- und sozialtherapeutische Maßnahmen
- Ergo-,Arbeits-,Kunst-,Musikth.
- Schrittweise Übernahme aller wichtigen Lebensbereiche in die eigener Verantwortwortung

Zurück zur Übersicht

LEITENDER ARZT

Dr. med. Werner Groll

Facharzt für Psychiatrie und Neurologie

Tel. 09931 / 87-0

E-Mail: w.groll@mainkofen.de

CHEFARZT

Prof. Dr. med. Wolfgang Schreiber M.A.

Ärztlicher Direktor

Chefarzt der Klinik für

Psychiatrie, Psychotherapie

und Psychosomatik

Sekretariat

Grit Lindenberg

Tel. 09931 / 87-20010

Fax 09931 / 87-20099

E-Mail: sekretariat@mainkofen.de

5. Angstkrankheiten und Phobien

Angstkrankheiten und Phobien

Allen Angstkrankheiten und Phobien ist gemeinsam, dass die Betroffenen übermäßig starke Ängste haben vor Dingen, Gegenständen, sozialen Situationen, Tieren oder Personen, vor denen Nichtbetroffene keine oder kaum Angst oder Furcht empfinden. Angstkrankheiten und Phobien entstehen meist aufgrund nicht hinreichend verarbeiteter Lebensereignisse und Konflikte, die bis in die Kindheit zurückreichen können oder aufgrund von erlerntem Fehlverhalten. Es gibt vielfältige Ängste und Phobien, die vereinfacht in drei Gruppen zusammengefasst werden können:

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, Ersticken, Schwindel, 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

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

Phobien:

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 schwereren Fällen können allein keine Reisen unternommen oder die Wohnung kann nicht mehr verlassen werden. Nicht selten treten auch Panikattacken auf.

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, Tunnel, Aufzüge, Dunkelheit, Natur-Phobien: Donner, Wasser, Wald, Naturgewalten etc.

Es besteht eine deutliche Belastung durch die Angstsymptome und die Neigung die Angst auslösenden Objekte und Situationen zu vermeiden. Dies hilft oft jedoch nur vorübergehend. Unbehandelt neigen Phobien zur Ausweitung und Chronifizierung. Es besteht gleichwohl die Einsichtsmöglichkeit, dass die Ängste übertrieben oder unvernünftig sind. Wenn sie so stark werden, dass bisherige Aktivitäten eingeschränkt werden müssen, das Leben nicht mehr als befriedigend empfunden wird und/oder noch andere psychische Probleme (wie beispielsweise Sucht als Folge von misslungenen Selbstheilungsversuchen) hinzu kommen (Komorbidität), sollte auf jeden Fall keine Zeit verloren und professionelle Hilfe gesucht werden.

Hinweise für den (Selbst-)Umgang mit Angstkrankheiten:

- 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.

6. Psychosomatische Krankheiten

Psychosomatische Erkrankungen

Rückenschmerzen können quälend sein, ebenso Schlaflosigkeit, ein andauernder Piepton im Ohr oder ein beängstigendes Herzrasen und Schwindel. Wer dies erlebt, leidet aber nicht unbedingt an einer körperlichen Erkrankung. Diese Symptome sind typische psychosomatische Beschwerden: Signale der Psyche an den Körper, um auf etwas Belastendes, Unerkanntes oder Ungelöstes aufmerksam zu machen. Der Körper ist der Übersetzer der Psyche ins Sichtbare, beschrieb es zutreffend der Dichter Christian Morgenstern. Psyche und körperliche Symptome hängen zusammen, was durch den Begriff Psychosomatik ausgedrückt wird. Er setzt sich aus den Wörtern Psyche (altgriechisch für Atem, Seele) und Soma (Körper) zusammen, d. h. es wird von einer Wechselwirkung zwischen Psyche und Körper ausgegangen. Psyche und Körper sind untrennbar miteinander verbunden, wie die zwei Seiten einer Münze.

So bekommt auch der oft (über)strapazierte Begriff der „Ganzheitlichkeit“ eine inhaltlich plausible Begründung. Jeder Gedanke, jedes Gefühl ist von einer körperlichen Reaktion begleitet. Oft ist diese allerdings so "leise", dass sie gar nicht bemerkt wird. Manchmal ist sie aber auch ziemlich "laut": Wenn wir im Straßenverkehr in eine brenzlige Situation geraten und der Körper darauf mit Herzklopfen reagiert. Hier kann man den Zusammenhang zwischen Gefühl und körperlicher Reaktion meist problemlos herstellen und spüren. Doch dies gilt leider nicht immer für alle Gefühle: Die Angst, abgelehnt zu werden oder Erwartungen nicht erfüllen zu können, gehören oft hierzu. Weiterhin nicht selten das Gefühl ohnmächtiger Wut oder die Angst verlassen und beschämt zu werden. Die Verdängung und Verleugnung unangenehmer Gefühle kann sich schließlich als körperliches Symptom oder psychosomatische Erkrankung bemerkbar machen.

Man kann zwischen „spezifischen“ und „unspezifischen“ psychosomatischen Erkrankungen und Beschwerden unterscheiden. „Spezifisch“ bedeutet, dass eine nachweisbare Organschädigung besteht (beispielsweise Eritzündung 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.

Spezifische psychosomatische Krankheiten und unspezifische funktionelle psychosomatische Beschwerden

Beispiele spezifische psychosomatische Krankheiten:	Beispiele unspezifische psychosomatische Beschwerden:
Neurodermitis	Neurasthenie
Essstörungen	Vegetative Dystonie
Morbus Crohn	Somatoforme Störung
Colitis ulcerosa	Ohrgeräusche und Tinnitus
Asthmavarianten	Herzrasen und Atemnot
Magen-/Darmgeschwüre	Migräne und Spannungskopfschmerz
Allergien	Essenzieller Bluthochdruck
Koronare Herzerkrankungen	Rückenschmerzen/Beschwerden Stütz- und Bewegungsapparat

Sehr wichtig ist zunächst einmal natürlich eine gründliche körpermedizinische Diagnostik, bevor eine psychosomatische Einschätzung der Beschwerden getroffen wird. Es sollte ausgeschlossen werden, dass bisher nicht erkannte Körpererfunde wie Stoffwechsellstörungen oder Tumore die Beschwerden verursachen. Einige Magengeschwüre werden beispielsweise durch ein Bakterium verursacht, hier wird die Gabe eines bestimmten Antibiotikums notwendig.

Obwohl bei den spezifischen psychosomatischen Krankheiten mitunter ein Kausalzusammenhang der Körperbeschwerden mit psychischen Faktoren bisher nicht befriedigend geführt werden konnte und daher eher von einer nicht genauer bestimmbareren Mitbeteiligung ausgegangen werden muss, ist die Behandlungs- und Versorgungsrealität dieser Patienten leider oft so, dass sie ausschließlich körpermedizinisch behandelt werden. Hier kann es selbst nach einer langen, ergebnislosen Odyssee durch die Körpermedizin, durch engagierte Aufklärung, Beratung, Information und Motivierung zu einer psychotherapeutischen Behandlung, noch zu deutlichen Besserungen kommen. Vielen Betroffenen fällt

es allerdings schwer sich damit auseinanderzusetzen, dass ihre Beschwerden psychisch bedingt sein können und sie sind fest davon überzeugt, das es dafür eine körperliche Erklärung gibt, nach der man nur lange bzw. genau genug suchen müsse. Besonders stark ist diese Abwehr bei Menschen, die unter relativ starken körperlichen Beschwerden leiden (wie Herzrasen, Atembeschwerden oder Bluthochdruck). Mitunter können viele Jahre vergehen, bis die Betroffenen eine psychische Krankheitskomponente akzeptieren und sich für psychotherapeutische Behandlungen öffnen können. Die psychischen Hintergründe bei den Symptomen sind den Betroffenen unbewusst. Sie sollten deshalb nicht konfrontativ, sondern möglichst behutsam darauf aufmerksam gemacht werden.

Wenn eine Bereitschaft entsteht, eine psychische Beteiligung an den Beschwerden anzuerkennen, ist ein erster Schritt in Richtung Besserung oder Heilung getan. Es gibt im stationären Bereich eine ganze Reihe von psychotherapeutischen Fachkliniken, die sich auf psychosomatische Erkrankungen spezialisiert haben. Während bei Erwerbstätigen, die Rentenversicherungsbeiträge bezahlen, die Deutsche Rentenversicherung der Hauptkostenträger dieser Behandlungsmöglichkeit ist, müssen sich Studierenden an ihre Krankenkasse wenden.

Hinweise für den (Selbst-)Umgang mit psychosomatischen Erkrankungen:

- 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.

Symptom Schlafstörungen

Diagnose: Eine Studie aus der Schlaflforschung 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 Gärtnern** 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 Reha-Klinik Graal-Müritz ergab: Eine **Tinktur mit Stutenmilch** verbessert das Hautbild. Einfache Entspannungstechniken wie autogenes Training senken die Häufigkeit der Schübe.

Symptom Herzrasen

Diagnose: Das häufigste **psychosomatische Symptom**. Ursache: Verlustängste, Trennungsschmerz, Zukunftsängste. Die unkontrollierte Ausschüttung von Stresshormonen bringt das Herz zum Rasen.

Therapie: Akutes Herzrasen wird zunächst mit **Rhythmus-Medikamenten** beruhigt. Bei Herzschwäche setzen Ärzte oft Digitalis ein. Als Therapie empfehlen sie Spaziergänge. Diese wirken positiv auf die Hypophyse im Gehirn, die das Hormonsystem reguliert.

Symptom Kreislaufprobleme

Diagnose: **Leichter Schwindel**, Sternchen vor den Augen, Übelkeit - für Therapeuten in mindestens 50 Prozent aller Fälle ein Zeichen totaler Überforderung. Nichts läuft mehr rund.

Therapie: Experten raten zu **Kreislaufmitteln aus der Naturmedizin** und zu täglich zwei Stunden Ruhe: Wenn sich das Gehirn entspannt, z. B. im Kino, zieht die Abwehr mit, und Stresshormone werden abgebaut.

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.

Symptom Chronische Bronchitis

Diagnose: US-Forscher erkannten, dass eine **dauerhaft belastende Lebenssituation** in 25 Prozent aller Fälle zur chronischen Bronchitis führt. Die Krankheit wird zum scheinbaren Ausweg aus dem Stress.

Therapie: Gegen die Beschwerden empfohlen Therapeuten **Hirschzungen-Elixier** (Apothek). Rehabilitationsstudien zeigen ferner Bronchitis-Patienten sind nach vier Wochen um 25 Prozent leistungsfähiger, wenn sie täglich 20 Minuten Sport treiben.

Symptom Migräne

Diagnose: Psychiatrische Untersuchungen zeigen: 90 Prozent aller Migränepatienten, die ihren **dominanten Partner** verlassen haben, waren schlagartig beschwerdefrei. Der Partner war Auslöser für die Attacken.

Therapie: Psychosomatiker lindern den Schmerz mit der **Biofeedback-Methode**: Patienten lernen, mithilfe innerer Bilder Körpervorgänge zu steuern. Bewährt hat sich außerdem Yoga: dreimal 20 Minuten die Woche.

Die Psychosomatik des Morbus Crohn (Enteritis regionalis)

Krankheitsbild Morbus Crohn:

Der Morbus Crohn ist eine unspezifische, granulomatöse (=knötchenförmige Neubildung innerhalb des Darms) und entzündliche Erkrankung, die hauptsächlich Teile des Dünndarms befällt, aber auch an anderen Stellen des gesamten Verdauungstraktes auftreten kann. Die Rate von jährlichen Neuerkrankungen des Morbus Crohn zeigt eine zunehmende Häufung. Hauptsächlich tritt die Erkrankung zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr auf und betrifft häufiger Frauen als Männer. Außerdem wird eine familiäre Häufung beschrieben.

Die körperliche Symptomatik des Morbus Crohn besteht aus dem Auftreten von

- Bauchschmerzen
- Durchfall
- Gewichtsabnahme
- Fieber
- Blutige Stühle
- Analfissurfistel
- Erbrechen
- Gelenkbeschwerden
- Rückenschmerzen

Die typischen körperlichen Komplikationen des Morbus Crohn können sein

- Fistelbildung
- Darmperforationen
- Zunehmende kolikartige Bauchschmerzen
- Darmverschlüsse
- Systemische Störungen wie Gelenkentzündungen, Augenentzündungen oder Folgen allgemeiner Mangelernährung

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.

7. Sucht

2.2.3 Ziele und Methoden

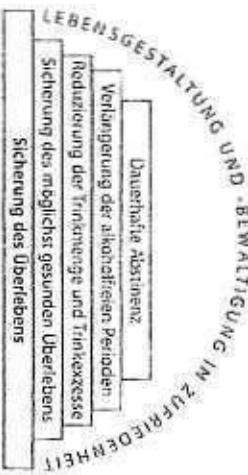
Soziale Arbeit in diesem Bereich muss häufiger als irgendwo anders den Spagat zwischen öffentlichen Interessen und denen der Betroffenen leisten. Öffentlichkeitsarbeit, Kommunalpolitik, Lobbyarbeit und institutionelle Vernetzungsarbeit sind in diesem Feld genauso wichtig wie die konkrete Arbeit mit Betroffenen. In kaum einem anderen Bereich der Sozialen Arbeit ist darüber hinaus die Beschäftigung mit sich selbst, die Reflexion der eigenen Suche und Sehnsüchte wie der eigenen Erwartungen an die Klienten so wichtig wie in der Suchtkrankenhilfe.

Die Klärung der eigenen Erwartungen

Nach dem Überdenken und der Klärung der eigenen Erwartungen gelingt es oft, mit dem suchtigen Klienten eine entspannte und effektive Arbeitsbeziehung zu entwickeln. Für diese Klärung ist die Beschäftigung mit folgenden vier Themenbereichen unverzichtbar:

Differenzierung der Ziele: Da der »Königsweg« zur Absinenz nur so selten beschritten wird, hat auch im Hilfesystem für legale Drogen in den letzten zehn Jahren ein Umdenken eingesetzt. Entsprechend der differenzierter werdenden Sicht auf Suchtentwicklungen und die komplizierten Problemlagen, mit denen viele Abhängige belastet sind, lässt sich eine Zielhierarchie beschreiben. Es ist jeweils zusammen mit dem Betroffenen herauszufinden, was im Moment vorrangig für ihn ist. Fast immer ist es so, dass nicht nur hinsichtlich des Suchtmittelkonsums, sondern auch im Hinblick auf andere Lebensbereiche Veränderungsziele anvisiert werden müssen. Für den Suchtmittelkonsum könnte die Hierarchie so aussehen:

Abbildung 20 Suchtmittelbezogene Zielhierarchie (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.

Abbildung 21 Potenzielle Problembereiche und Zielsetzungen (in Anlehnung an Kruse u.a. 2001)

Psychischer Zustand	Veränderung erwünscht?	→	konkretes Ziel?
Wohnsituation	Veränderung erwünscht?	→	konkretes Ziel?
Ausbildungs-, Arbeitssituation	Veränderung erwünscht?	→	konkretes Ziel?
Rechtliche Situation	Veränderung erwünscht?	→	konkretes Ziel?
finanzielle Situation	Veränderung erwünscht?	→	konkretes Ziel?
Familie und Partnerschaft	Veränderung erwünscht?	→	konkretes Ziel?
Freundekreis	Veränderung erwünscht?	→	konkretes Ziel?
Tagesstruktur	Veränderung erwünscht?	→	konkretes Ziel?

Die gemeinsame Abklärung der als Festes anzustrebenden Ziele entlastet nicht nur den Suchtigen, 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 ausübt, 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 (s. 3.2.4).

Stärkung der eigenen Motivation und Motivierung des Klienten: Je realistischer die eigenen Ziele sind, desto klarer ist der Weg, der mit dem Klienten gegangen werden kann. Je besser die Erkrankung in ihren verschiedenen bio-psycho-sozialen Zusammenhängen verstanden werden kann, desto mehr erstrebenswerte, nicht nur das Trinkverhalten betreffende Ziele tauchen auf und desto leichter ist es auch, den Klienten zu motivieren, etwas in seinem Leben zu verändern.

sich mit den Konzepten der »motivier anzuwenden (s. 3.2.1).

Bernhard, Marlowe, et al.: "Soziale Arbeit in der Suchtkrankheit", S. 148-150, Prognose-Verlag, Berlin, 2015

Sucht

Sucht ist die umgangssprachliche Bezeichnung für die Abhängigkeit von einer Substanz oder einem Verhalten. Es gibt Substanzgebundene Abhängigkeiten wie beispielsweise von Alkohol, Medikamente, Tabak, Koffein, 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 Suchtigen 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 der ICD-10 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. fortwährender 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 abhängigkeitserzeugende 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

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

Bei Studierenden führt beispielsweise der Druck möglichst schnell mit dem Studium fertig werden zu müssen, damit sich die beruflichen Chancen verbessern, oft zu Alkoholproblemen. Eine Befragung des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim und der Universität Müns-ter ergab, dass fast jeder dritte Studierende zu viel Alkohol trank. Dabei sind mehr Männer als Frauen betroffen. Der Alkoholkonsum ist unabhängig von der Fachrichtung. Die Hauptgründe sind Prüfungsängste, Probleme mit Partnern oder Eltern und mangelnde Sozialkontakte.

Was tun, wenn man von Alkohol-, Crystal-, Spielabhängigkeit etc. betroffen ist? Bei Suchtproblemen hat sich in unserem Versorgungssystem ein gewisser Sonderweg etabliert. Zwar können die üblichen ambulanten, teilstationären oder stationären psychiatrischen/psychotherapeutischen Hilfen in Anspruch nehmen, empfehlenswert ist jedoch eine anerkannte Suchtberatungsstelle aufzusuchen. Hier arbeiten 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/suchprobleme finden Sie ein Verzeichnis der Suchtberatungsstellen und Selbsthilfegruppen. Hilfreich kann auch eine erste Orientierung und Suchtberatung im Internet sein (www.caritas.de/hilfeundberatung/onlineberatung/suchberatung).

Hinweise für den (Selbst-)Umgang mit Suchtproblemen:

- Versuchen Sie nicht auf eigene Faust bei anderen die Sucht zu behandeln.
- So lange die Abhängigkeit geleugnet wird, gibt es keine Aussicht auf eine erfolgreiche Behandlung.
- Hilfe durch Nicht-Hilfe: Fegen Sie nicht die Scherben der Abhängigen auf, sondern konfrontieren mit dem Leid und den Folgen des Verhaltens.
- Lassen Sie sich durch Rückfälle oder Therapieabbrüche nicht entmutigen. Sie sind nicht selten und oft hat erst der zweite oder dritte Versuch Erfolg.
- Es hilft wenig, wenn andere auf eine Therapie drängen. Bei einem eigenen Wunsch nach Hilfe sind die Erfolgsaussichten am größten.
- In der Regel besteht am Anfang eine un stabile Motivation, die erst mit fortschreitender Therapie gefestigt werden kann.
- Überprüfen Sie ihren eigenen Umgang mit Suchtmitteln und ändern Sie gegebenenfalls etwas daran.
- Grenzen Sie sich grundsätzlich gegenüber der Sucht mit deutlichen Worten bzw. konfrontativ ab.
- Zeigen Sie kein „Verständnis“, sondern sprechen Sie Probleme offen an.
- Wenn Sie nicht sicher sind ob Sie sich richtig verhalten, lassen Sie sich von einer Suchtberatungsstelle beraten.
- Geben Sie finanzielle Unterstützung nur, wenn Sie sicher sind, dass sie nicht für Suchtzwecke verwendet wird.

8. Psychotherapie

Informationen zur Psychotherapie

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, KZT 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
Kurzzeittherapie 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			
Kurzzeittherapie 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			
Kurzzeittherapie 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.

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



Wege zur Psychotherapie



1 [Jetzt online auch auf Türkisch und Englisch](#)

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



PSYCHOTHERAPIEINFORMATIONSDIENST



Zum Psychologenportal

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

- [PID](#) [Erste Schritte](#) [Therapeutesuche](#) [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 Therapeutesuche in unserer Online-Datenbank selbst suchen oder Sie nehmen unsere kostenlose Telefonberatung in Anspruch.

Der Psychotherapie-Informationsdienst (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 Handlungseleitfaden 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-
Informationsdienst (PID)
Am Kollinschen Park 2
10179 Berlin

9. Methodische Hinweise zur Gesprächsführung

Fragen stellen

Art der Frage:

Ich will:

offen

- Wodurch
- Was
- Wie
- womit..... Informationen
- wer
- weshalb

direkt eine klare Aussage
eine Entscheidung

alternativ..... unterstützen

suggestiv..... Beeinflussung

Quiz über Frageformen

- a direkte Fragen
- b suggestive Fragen
- c Alternativfragen
- d offene Fragen

1. Ist das nicht ein schöner Tag heute?
2. Haben Sie einen Einweisungsschein dabei?
3. Wie fühlen Sie sich?
4. Waren Sie schon mal im Krankenhaus?
5. Wie ist es Ihnen da ergangen?
6. Was hat Ihnen denn der Hausarzt gesagt, was hier mit Ihnen gemacht werden soll?
7. Hat das Essen geschmeckt?
8. Welche Beschwerden haben Sie?
9. Wollen Sie nicht doch schon aufstehen? wie stellen Sie sich das Weitere dann vor?
10. Ist Schwester Erna nicht lieb?
11. Sie wollen sich nicht operieren lassen. warum eigentlich nicht?
12. Haben Sie Ihre Schmerzen schon lange?
13. Wollen Sie Tabletten oder sollen wir Ihnen eine Spritze geben?
14. Was geht Ihnen denn so durch den Kopf, daß Sie nicht schlafen können?
15. Das ist doch eine Zumutung, nicht wahr?
16. Na, Oma, geht's uns denn nicht schon viel besser?
17. Sie wollen noch nicht nach Hause gehen, was hindert Sie daran?
18. War das jetzt Ihre Frau oder Ihre Tochter?
19. Warum wollen Sie denn nicht ins Altersheim?
20. Werden Sie nun wohl schön brav ruhig sein oder muß ich Sie anschnallen?
21. Was hat man Ihnen denn gesagt?
22. Sie sagten, das war sehr schlimm, vielleicht erzählen Sie mir mal mehr darüber...
23. Sie wollen schon entlassen werden, wie stellen Sie sich das Weitere dann vor?
24. Wer hat Ihnen das verordnet?

Gesprächsförderer

1. Grundhaltung:

Die eigene Sichtweise zunächst zurückstellen und sich ganz in die Sichtweise des Gegenübers hineinzuversetzen 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?

Meine Botschaft lautet:

- 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 schwierigsten 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 GesprächspartnerIn oftmals in einen kraftvollen Zustand.

Beispiele:

"Was wäre denn eine optimale Lösung?"

6. Zusammenfassen:

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.

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 jemandem 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“.

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.

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 uns Symptomen benutzen viele gern das Wort „immer“ („Ich bin immer so depressiv“, ich habe immer so Kopfweh“)

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?

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

29

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.

Was man in Beratungsgesprächen *nicht* tun sollte

- keine schnellen Deutungen, wohl aber Hypothesen anbieten
- keine Ratschläge geben, sondern *grundsätzlich* selbst Lösungen finden lassen
- keine Lösungsvorschläge anbringen, ehe man nach eigenen Lösungsversuchen gefragt hat
- nicht zu schnell verstehen wollen, sich eher naiv stellen
- sich nicht als alles verstehender Experte anbieten, sondern Verstehen zum gemeinsamen Programm machen
- nicht nur nach Problemen fragen, sondern auch nach den Kompetenzen, die bisher geholfen haben, die Probleme zu meistern
- nicht alles als selbstverständlich hinnehmen, sondern Selbstverständlichkeiten hinterfragen

10. Schwierige Gesprächssituationen

Abwertendes und aggressives Verhalten

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

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.
Eigene Ärger wahrnehmen.	Dem Klienten dauerhaft sämtliche Verantwortung abnehmen und zu viel für ihn erledigen.

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.

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.	

11. 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.

1

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.

2

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 nachspüren welche Übertragungsauslöser man möglicherweise hat, die dieses Verhalten motivieren.
3. Häufige Übertragungsvarianten sind Elternübertragungen, Geschlechterübertragungen, erotische Übertragungen oder Geschwisterübertragen.
4. Die Wahrnehmung der Gegenübertragungsgefühle gibt wichtige Hinweise auf das eigentliche Problem, hilft ein entsprechendes Praxisverhalten zu zeigen und destruktive Verwicklungen, Probleme und Konflikte zu vermeiden.

3

Fallbeispiel Übertragung/Gegenübertragung:

1. Die KG-Sachbearbeiterin Heike Schnell kommt mit einem Fall zur KG-FM Teamleiterin Beate Blockfrist und bittet sie um Rat bzw. Entscheidung, weil sie Probleme mit den Diagnoseeinschätzungen haben würde.

Die Teamleiterin sieht jedoch auf den ersten Blick, dass die Sachbearbeitung durch Frau Schnell 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)“.

∴

4

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

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

3. Könnte es also sein, dass Frau Schnell das Gespräch (unbewusst) herbeigeführt hat, um Lob zu bekommen? Dafür würde auch sprechen, dass der Fall von ihr eigentlich vorbildlich bearbeitet worden ist.

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

5

4. Beate Blockfrist 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 Schnell, 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 Teamleiterin ins Schwarze getroffen! Sie hat die Kollegin motiviert und unterstützt und die Beziehung gefestigt.

Frage: Welches Risiko ist Beate Blockfrist andererseits damit eingegangen?

6

12. Infos und Literaturtipps

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Soziales Kompetenztraining

Durch das soziale Kompetenztraining werden Verhaltensweisen geübt, die eine Person dazu befähigen, seine sozialen Kontakte erfolgreich und für sich befriedigend zu gestalten.

» **Typ 1: Recht durchsetzen**

Das Ziel ist vorrangig Erfüllung der eigenen Forderung bzgl. gesellschaftlichen Normen wie beispielsweise das Umtauschen von Mangelware im Geschäft.

» **Typ 2: Beziehung**

Ziel ist es, die Beziehung zu Lebenspartner und Freunden aufrechterhalten und verbessern.

» **Typ 3: Um Sympathie werben**

Andere sollen durch höfliches bitten dazu bewegt werden, auf bestehende Rechte zu verzichten.

Inhaltliche Themen:

- » Nein sagen
- » Versuchungen zurückweisen
- » auf Kritik reagieren
- » Änderung bei störenden Verhalten verlangen
- » Widerspruch äußern
- » Unterbrechungen im Gespräch unterbinden
- » sich entschuldigen
- » Schwächen eingestehen
- » unerwünschte Kontakte beenden
- » Komplimente annehmen
- » auf Kontaktangebote reagieren
- » Gespräche beginnen
- » Gespräche aufrechterhalten
- » Gespräche beenden
- » erwünschte Kontakte arrangieren
- » um Gefallen bitten
- » Komplimente machen
- » Gefühle offen zeigen

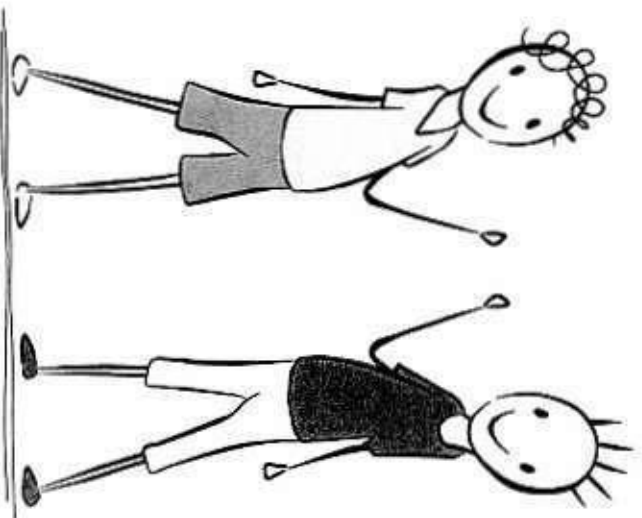
Gruppenregeln:

- » Schweigepflicht
- » Mitarbeit
- » Störung hat Vorrang
- » dem Anderen nicht ins Wort fallen
- » den Anderen direkt ansprechen
- » den Anderen nicht beschuldigen bzw. nicht beleidigen
- » die eigene Wahrnehmung in ICH-Form formulieren (z. B. ich denke...)
- » Erledigung der Hausaufgaben
- » Rollenspiele mit Kamera

Mögliche Inhalte für Unterweisung hinsichtlich potentiell gewalttätiger Situationen im Betreuten Wohnen

Gefährlichkeitscheckliste	Hilfe- bzw. Handlungsmöglichkeiten	Deeskalationsstrategien
<p>Je mehr der folgenden Punkte auf den potentiellen Täter zutreffen, desto gefährlicher ist die Situation einzuschätzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Aktuelle Belastung/Stress? → Gebrauch von Alkohol oder Drogen? → Gibt es eine Gewaltgeschichte? → Ungewöhnliche Erregung oder auch Passivität? → (Starke) Stimmungsschwankungen? → "Über"sensibel? → Rechtfertig/unterstützt das soziale Umfeld Gewalt? Gibt es dafür möglw. Anerkennung innerhalb der „Szene“? → Gibt es Waffen/gefährliche Gegenstände (z. B. auch Hunde) in der Wohnung? → Sind gewaltverherrlichende Bilder oder Musik vorhanden? (Aggressives Mänsingen von Texten erhöht die Gefahr!) → Zu beachten sind immer auch mögliche Signale innerhalb der nonverbalen Kommunikation! ...Unruhe, Anspannung etc. <p>Hinsichtlich möglicher Handlungsoptionen sind folgende Punkte zu berücksichtigen:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Bin ich allein, habe ich Unterstützung? → Wissen andere, wo ich bin? Weiß das der Täter? → Habe ich Mittel, Alarm zu schlagen, Hilfe zu holen? (Handy, Nachbarn vorhanden?) → Habe ich einen Fluchtweg? → Habe ich ein Reaktionrepertoire? 	<p>Im Vorfeld möglich:</p> <ul style="list-style-type: none"> → bei Verdacht auf kritische Situation im Vorfeld des HBs anrufen, um Stimmung abzuklären (ggf. bei einzelnen Klienten sogar generell) → Informationen bei anderen erholen (z. B. Tagesstätte, Werkstatt...) → ggf. nicht allein zum HB (Begl. Kollegen BW oder SPD) → Treffen an neutralem Ort statt HB (unter Vorwand vereinbaren) → Handy (mit genügend Akkuzzeit) dabei haben <p>Aufstellen von Regeln mit Klienten (im Vorfeld):</p> <ul style="list-style-type: none"> → Kein Alkohol/Drogen während HB („weil Sie dann nicht klar im Kopf sind“) → Keine Gewalt → Keine gewaltverherrlichende Musik während Hausbesuch → Türschlösser bleiben unter allen Umständen unvergeschlossen (ist nicht verhandelbar!) → Messer, Kampf-Hunde oder gefährliche Gegenstände haben offen herumliegend bei einem HB nichts zu suchen <p>In konkreter Gefahrensituation:</p> <ul style="list-style-type: none"> → unter Vorwand gar nicht erst die Wohnung betreten (z. B. wichtigen Anruf von Kollegen erhalten, Notfall bei anderem Klienten etc.) → unter Vorwand Wohnung verlassen → auf Toilette Polizei verständigen (nicht auflegen, mithören lassen) → stehe hierzu weiter unter Deeskalationsstrategien 	<p>Deeskalierendes Verhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> → ruhige Ausstrahlung: beherrscht und empathisch wirken → Aufrichtigkeit, Geduld und Zuversicht ausstrahlen → kein spannungsgeladenes Schweigen entstehen lassen, sondern weiterreden und dabei den Tonfall unter Kontrolle halten → wiederholen dessen, was der Täter sagt (= Signale: „Ich höre zu und verstehe dich“) → Signalisieren von Verständnis für dessen Gefühle → Offene Fragen stellen (gegen zum Reden und Nachdenken an, anstelle zum blinden Agieren) → Mögliche Ablenkungsmethoden: Zigarette anbieten, nach etwas oder Jmd. erkundigen → Bei bewaffnetem Täter auf Distanz gehen!!! → Ausdrückliche (ruhige, aber bestimmte) Aufforderung, Waffe niederzulegen (ggf. wiederholen) → langsam Ausgänge ansteuern (almählich rückwärts, hektische Bewegungen vermeiden!) → so positionieren, dass Fluchtweg da sind → Einbauen von Hindernissen → Kompromisse aushandeln (beginnend mit kleiner Bitte, dann größerer) <p>Bitte nicht:</p> <ul style="list-style-type: none"> → kernscharf abweisend oder gar dominant auftreten, damit erhört sich das Risiko, da potentieller Täter damit Gefahr assoziiert → keine direkten/konfrontierenden Fragen über die Ursachen der Aggression stellen → keine wertenden/kritischen Aussagen! → keine unmittelbaren Drohungen! → Kein Eindringen in den „persönl. Raum“! → Nie bewaffnetem Täter nähern → Nicht erstarren!

Was ist die Schatzkiste?



Finden und gefunden werden - Bekannte, Freunde oder vielleicht sogar die große Liebe?

Manchmal ist das gar nicht so einfach. Die Schatzkiste kann hier weiterhelfen. Sie ist dazu da, Menschen mit ähnlichen Interessen und Hobbies zusammen zu bringen. So wird es leichter, jemanden kennen zu lernen, der vielleicht zu einem passt.

Was dann daraus wird, weiß man natürlich vorher nicht. Aber alles ist möglich!

Wie funktioniert die Schatzkiste?



Sie rufen in der Schatzkiste an und vereinbaren einen Termin. Sie können gerne jemanden mitbringen, der Sie unterstützt.



Bei diesem Termin erzählen Sie, was Sie gerne mögen. Sie können auch sagen, was Sie sich von einem Freund oder Partner wünschen.



Dann wird noch ein Foto von Ihnen gemacht. Das alles kommt in eine Datenbank im Computer.



Jetzt heißt es warten. Mit etwas Glück bekommen Sie bald einen Brief von der Schatzkiste.



In diesem Brief finden Sie ein Foto von einem anderen Menschen der auch jemanden sucht. Sie finden auch eine kurze Beschreibung von dem Anderen.



Wenn Sie und der andere Mensch das möchten, gibt es ein erstes Treffen in der Schatzkiste.



Danach können Sie sich entscheiden wie es weitergehen soll. Die Mitarbeiterin der Schatzkiste kann Ihnen dabei helfen.



Vielleicht verstehen Sie beide sich. Vielleicht wird eine Freundschaft daraus. Vielleicht sogar Liebe...

**Die Menschen können sehr verschieden sein,
aber ihre Träume sind es nicht.**

Jens-Peter Jacobson



Die Schatzkiste

Partnervermittlung für
Menschen mit Behinderungen

Partnervermittlung für Menschen mit Behinderungen

Jeder Mensch hat Alltagsbedürfnisse – Freundschaft, Liebe und Zuneigung zählen zu den wichtigsten. Egal ob Freundschaft oder Partnerschaft: Die Schatzkiste unterstützt Menschen mit Behinderungen dabei, ihren alltäglichen Bedürfnissen und Wünschen ein Stück näher zu kommen.

Otto L. und Rina C. haben sich 2012 in der Kölner Schatzkiste kennengelernt. Wenn Rina von ihrem Partner Otto spricht ist sie voll des Lobes, „Otto ist nicht nur lieb und nett, sondern auch sehr hilfsbereit“. Solche Komplimente kann Otto nur erwidern. „Bei uns hat es gar nicht so lange gedauert, bis es so richtig funkt“. Wir hatten schnell einen guten Draht zueinander“, so Otto. Schon zwei Wochen nach dem ersten Kennenlernen sind die beiden miteinander ausgegangen. „Wir haben auch schon Urlaub miteinander gemacht, in einem Bungalowpark. Da haben wir so richtig entspannen können“, freut sich Freundin Rina.

Rina und Otto gehören zur Kundenschaft der Schatzkiste, einer Partnervermittlung, die sich auf Menschen mit Behinderungen spezialisiert hat. Männer und Frauen mit Beeinträchtigungen, die auf der Suche nach einer festen Beziehung oder einem freundschaftlichen Kontakt sind, wenden sich an einen der regionalen Ableger der Vermittlungsagentur. Mittlerweile gibt es über 40 regionale Schatzkisten in Deutschland, der Schweiz und in Österreich, die unter dem Dach des gemeinnützigen Vereins „Die Schatzkiste e.V.“ ihre Dienste anbieten. Der Verein unterstützt Organisationen der Behindertenhilfe bei der Gründung von Schatzkisten vor Ort und bietet eine Plattform zum Austausch.

Die erste Partnervermittlungsagentur wurde 1998 in Hamburg von dem Diplom-Psychologen Bernd Zernella als Projekt der evangelischen Stiftung Alsterdorf gegründet. Er traf in seiner Lebensberatung für Menschen mit Behinderungen immer wieder auf das Thema „un erfüllter Partnerwunsch“. Der Wunsch nach einer festen Beziehung und gelebter Sexualität waren damals noch ein Randthema, das sich erst langsam aus der Tabuzone entwickelte. Das brachte ihn auf die Idee, eine Kontaktvermittlung schwerpunktmäßig für Menschen mit Beeinträchtigungen ins Leben zu rufen. Der Zulauf war von Anfang an enorm und es zeigt sich bis heute, dass hier eine Idee auf den Weg gebracht wurde, die dem Wunsch nach einem Leben in Eigenverantwortung und Selbstbestimmung Rechnung trägt. Angestoßen sind die deutschen Agenturen hauptsächlich im Westen und der Mitte des Landes: Einilge gibt es im Norden und Osten. „Der Süden Deutschlands ist leider noch weitgehend unerschlossen“, sagt Astrid Möllenkamp, die aktuelle Vorsitzende des Vereins. „Da würden wir uns über Anfragen von Einrichtungen der Behindertenhilfe freuen.“

Das Konzept der Schatzkiste ist schnell erklärt: „Wir möchten Menschen in ihrem Wunsch nach Freundschaft und gelebter Partnerschaft unterstützen“, so Astrid Möllenkamp. Die Anmeldung und Aufnahme in die Datenbank der Schatzkiste erfolgt im Rahmen eines persönlichen Gesprächs in der Agentur vor Ort. Ein solches Gespräch dauert etwa eine Stunde und hilft den Vermittlerinnen und Vermittlern, einen persönlichen Eindruck von dem einzelnen Menschen zu gewinnen. Für jeden Interessierten wird dann eine digitale Karteikarte angelegt. „Es ist wichtig, dass wir im persönlichen

Gespräch jeden Menschen kennen lernen“, erläutert Jacqueline Andrué, die 2. Vorsitzende des Vereins, „denn nur so können wir eine seriöse Vermittlung gewährleisten.“ Die Aufnahme in die Schatzkistenkartei ist meist kostenlos.

Das „Herzstück“ der Vermittlungsarbeit ist die internetgestützte Datenbank, auf die alle regionalen Schatzkisten Zugriff haben. Hier können die Vermittler und Vermittlerinnen nach einem passenden Gegenüber schauen. Sollte sich da direkt eine Übereinstimmung finden, werden die Interessenten angeschrieben und sich gegenseitig in einer Art Steckbrief vorgestellt. Beide haben so die Gelegenheit den Vorschlag auf sich wirken zu lassen. Möchten sie sich persönlich kennenlernen, kommt es zu einem ersten Treffen in den Räumen der Schatzkiste. Hier begleitet der Mitarbeiter, die Mitarbeiterin das erste Kennenlernen so weit wie nötig. Meistens kristallisiert sich recht schnell heraus, ob die „Chemie“ stimmt. „Jedes Mal wieder, ist das auch für mich sehr aufregend“, erzählt Jacqueline Andrué, „aber das größere Herzrasen haben meistens die beiden, die sich zum ersten Mal persönlich treffen.“

Diese ersten Begegnungen sind unvermeidlich und verpflichten zu nichts, führen aber manchmal auch schon zur nächsten Verabredung. Hier sind dann gerade die weniger Selbstständigen auf Unterstützung aus ihrem Umfeld angewiesen. Damit ein Kontakt zu einer Freundschaft werden kann, müssen kleine bis größere Hürden überwunden werden. Das Vereinbaren von Terminen kann schon eine große Hürde sein. „Unsere Kunden sind ja zum Teil in ihrer Mobilität eingeschränkt“, so Astrid Möllenkamp, „da kann es gerade im ländlichen Raum, ohne ein ausgeleitetes Netz an öffentlichen Verkehrsmitteln schwierig werden, sich gegenseitig zu besuchen.“ Dennoch verhilft die Arbeit und das Engagement der Vermittler und Vermittlerinnen der Schatzkisten immer wieder Menschen dazu, einen Partner oder eine Partnerin zu finden – einige haben inzwischen sogar den Bund fürs Leben geschlossen. Aber nicht nur für die große Liebe fühlt sich die Schatzkiste zuständig, auch Menschen, die nach Freizeitkontakten oder Freundschaften suchen, sind hier richtig. „Es geht uns in erster Linie darum, Menschen mit Handicap darin zu unterstützen ihre sozialen Kontakte zu erweitern“, meint Jacqueline Andrué. Zwar zeige die Erfahrung aus jahrelanger Vermittlungstätigkeit, dass der Wunsch nach gelebter Sexualität Raum einnimmt, „aber viel wichtiger ist immer noch, jemanden an seiner Seite zu haben, sich nicht mehr allein zu sehen, sondern als Paar auftreten zu können.“

Ein Wunsch, den viele Menschen haben, ob mit Beeinträchtigungen oder ohne. Als Erwachsener eine Familie zu gründen, ist für Menschen mit Beeinträchtigungen Thema, aber eben auch unter dem Gesichtspunkt, dass es der wahrgenommenen Lebensnorm entspricht. Geht man hier intensiver ins Gespräch zeigt sich, dass die Verantwortung und der Stress, den Familienleben und Kinder bedeuten, für viele Menschen mit Beeinträchtigungen dann doch eher gegen dieses Lebensziel sprechen und sie eine realistische Haltung entwickeln können. Für die Arbeit der Schatzkisten bedeutet das, sich auch der Beratung zu widmen. Sexuelle Aufklärung, eigene Grenzen setzen, Leben und Auseinandersetzung als Paar, all das sind Themen, die in der Begleitung von Menschen mit Beeinträchtigungen aufkommen. Aus diesem Grund bieten einzelne regionale Schatzkisten auch Seminare und Beratungsgespräche für ihre Kundinnen und Kunden an. Hier gibt es vor Ort eine zunehmend gute Vernetzung, denn der Schwerpunkt der Tätigkeit liegt in der Kontaktvermittlung. Rina und Otto aus Köln überlegen inzwischen, nach 5-jähriger Beziehung, den nächsten Schritt zu wagen. Sie suchen nach einer gemeinsamen Wohnung.

Über das Internet kann man sich erkundigen, wo sich die nächste Schatzkiste befindet. Unter www.schatzkiste-partnervermittlung.eu sind alle Schatzkisten in den Regionen aufgelistet.

Literaturtipps:

Belardi, Nando et. al.: Beratung. Eine sozialpädagogische Einführung, Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 6. Auflage 2011

Bock, Thomas: Umgang mit psychotischen Patienten, Psychiatrie-Verlag, 8. Auflage, Köln 2013

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

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

Konrad, Michael/Rosemann, Matthias: Mobile Unterstützung zur Teilhabe, Psychiatrie-Verlag, Köln 2016

König, Karl: Kleine psychoanalytische Charakterkunde, Vandenhoeck&Ruprecht, 10. Auflage, Göttingen 2010

Kremer, Georg/Schulz, Michael: Motivierende Gesprächsführung in der Psychiatrie, Psychiatrie-Verlag, Köln 2016

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

Noyon, Alexander/Heidenreich, Thomas: Schwierige Situationen in Therapie und Beratung: 30 Probleme und Lösungsvorschläge, 2. Auflage, Beltz Verlag, Weinheim/Basel 2013

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

Reker, Martin: Umgang mit alkoholabhängigen Patienten, Psychiatrie-Verlag, Köln 2015

Rupp, Manuel: Psychiatrische Krisenintervention, Psychiatrie-Verlag, Köln 2019

Sachse, Rainer: Persönlichkeitsstörungen verstehen. Zum Umgang mit schwierigen Klienten, Psychiatrie-Verlag, 10. Auflage, Köln 2018

Weinberger, Sabine: Klientenzentrierte Gesprächsführung. Lern- und Praxisanleitung für psychosoziale Berufe, 14. Auflage, Juventa-Verlag, Weinheim/Basel 2013