

Kerbe

Forum für Sozialpsychiatrie



Themenschwerpunkt: Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen zeigen sich vor allem auf der Ebene der zwischenmenschlichen Beziehungen. Die therapeutische Arbeit mit Menschen mit Persönlichkeitsstörungen ist deshalb eine besondere Herausforderung und kann leicht an emotionale Grenzen führen.

Erfolgreiche therapeutische Verfahren, ein differenzierter Blick und vor allem ein versteckender Zugang zur Gefühls- und Gedankenwelt der Menschen mit Persönlichkeitsstörungen fördern einen guten Umgang im Alltag und tragen dazu bei, dass die gemeinsame Arbeit Freude machen und fruchtbar sein kann.

3 Editorial

4 Themenschwerpunkt

■ Persönlichkeitsstörungen

Peter Fiedler, Seite 4

■ Persönlichkeitsstil und Persönlichkeitsstörung

Eine kritische Betrachtung
Rudi Merod, Seite 8

■ Sozialpsychiatrie und Persönlichkeitsstörungen

Irmgard Plößl, Andreas Knuf,
Seite 10

■ Betreuung von Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

Über die Zusammenarbeit zwischen sozialtherapeutischem Wohnheim und Klinik

Rosemarie Schmidt, Ewald Rahn,
Seite 13

■ Der Umgang mit Menschen mit Persönlichkeitsstörungen

Rainer Sachse, Seite 16

■ Borderline-Persönlichkeitsstörung

Dialektisch-Behaviorale Therapie und Schematherapie,
Gitta A. Jacob, Seite 19

■ Narzisstische Persönlichkeitsstörungen

Eine Einführung
Gerhard Dammann, Seite 22

■ Dissozialität

Udo Rauchfleisch, Seite 25

■ Psychoedukation bei Persönlichkeitsstörungen

Petra Schuhler, Seite 27

■ Den Blickwinkel ändern, verstehen und lernen

Der dialogische Austausch über die Borderline-Störung
Anja Link, Seite 30

■ „Ich höre irgendwie das Gras wachsen“

Seite 32

■ „Der Zweite gehört schon zu den Verlierern“

Seite 33

35 Spectrum

■ Berufliche Beratung psychisch Kranker

Christiane Haerlin, Seite 35

■ Peers in der Berliner Krisenpension

Beate Mücke, Seite 38

40 Nachrichten

43 Termine

Themen 2010

1 Persönlichkeitsstörungen

2 Sozialraumorientierung

3 Im Kontext verstehen: Familienorientierung in der Gemeindepsychiatrie

4 Stigma – Antistigma

Editorial

Liebe Leserin,
lieber Leser



Mal ganz ehrlich: Wie reagieren Sie, wenn Ihnen ein neuer Klient mit einer Persönlichkeitsstörung angekündigt wird? Oft erwischen wir uns bei einem „Oh nein“, einem „Nicht noch einer“ oder einem Gefühl von Überforderung, die bis zur Angst gehen kann. Die Arbeit mit Menschen mit Persönlichkeitsstörungen kann uns an unsere emotionalen Grenzen bringen, denn die sogenannte „Störung“ zeigt sich vor allem auf der Ebene der Beziehung zwischen uns und dem Klienten. Wir fühlen uns manipuliert, werden wütend oder empfinden umgekehrt eine besondere Sympathie für den anderen, die uns womöglich dazu bewegt, Dinge zu tun, die nicht wirklich sinnvoll sind. Wir nehmen den Klienten gedanklich mit nach Hause und erwischen uns dabei, dass wir morgens unter der Dusche als erstes wieder an Herrn E. denken, der uns auch schon in der letzten Supervision beschäftigte und seit Wochen in Teambesprechungen die Zeit klaut.

Wir möchten zeigen, dass es auch anders geht. Menschen mit Persönlichkeitsstörungen haben zu meist schwere Verletzungen in engen Beziehungen erlebt und zeigen deshalb ein Verhalten, das es dem anderen nicht immer leicht macht, sie zu mögen. Wenn wir verstehen, warum unsere Klienten sich so verhalten, können wir mit einer annehmenden Grundhaltung mit ihnen arbeiten. Ein Teil unserer Vorbehalte resultiert aus dem Gefühl der Ohnmacht. Und solange wir keine hilfreichen Behandlungskonzepte zur Verfügung haben, sind wir tatsächlich ohnmächtig. Doch in den letzten Jahren wurden Verfahren erarbeitet, mit denen die Arbeit mit Menschen mit Persönlichkeitsstörungen fruchtbar ist und Spaß machen kann.

Dazu gehört zunächst die differenzierende Wahrnehmung der verschiedenen Persönlichkeitsstörungen und der hilfreichen Strategien. Der Gesamtüberblick von Peter Fiedler sowie die Beiträge

von Udo Rauchfleisch zu Dissozialität und Gerhard Dammann zur Narzisstischen Persönlichkeitsstörung verdeutlichen dies.

Nicht selten entwickelt sich eine kräftezehrende Beziehungsdynamik zwischen Mitarbeitenden und Klienten. Ein verstehender Zugang ist für die hilfreiche Unterstützung grundlegend: zwei Beiträge aus der Innenperspektive geben Einblick in das Erleben von Persönlichkeitsstörungen. Anja Link verdeutlicht durch die trialogische Perspektive, wie bereichernd es ist, voneinander zu lernen. Wie sich aus dem verstehenden Zugang hilfreiches Verhalten im Alltag ableitet, zeigt Rainer Sachse.

Gitta Jacob stellt die Dialektisch Behaviorale Therapie und die Schematherapie vor; Petra Schuhler beschreibt ein Psychoedukatives Programm für unterschiedliche Persönlichkeitsstörungen. Einen Einblick in die Aufgabe der Sozialpsychiatrie, ihre Leistungen auf Menschen mit Persönlichkeitsstörungen auszurichten, gibt das Borderline-Netzwerk, das Rosemarie Schmidt und Ewald Rahn vorstellen. Auch unser eigener Beitrag beschäftigt sich mit den besonderen Herausforderungen für die Sozialpsychiatrie.

Immer wieder wird die Verwendung des Begriffs Persönlichkeitsstörung im sozialpsychiatrischen Sprachgebrauch in Frage gestellt: Rudi Merod betrachtet daher die Konzepte Persönlichkeitstyp und Persönlichkeitsstörung kritisch.

Dieses Heft soll helfen, einen verstehenden Zugang zu Menschen mit Persönlichkeitsstörungen zu finden. Neben Anregungen für einen hilfreichen Umgang im Alltag möchte es dazu beitragen, Professionalität und Freude in der Arbeit mit Menschen mit Persönlichkeitsstörungen zu fördern und sie vom Etikett des „schwierigen Klienten“ zu befreien.

Irmgard Plößl
Andreas Knuf

Persönlichkeitsstörungen

Von Peter Fiedler



Peter Fiedler
Prof. Dr., Hochschullehrer für Klinische Psychologie und Psychotherapie am Psychologischen Institut der Universität Heidelberg. Seine Arbeitsschwerpunkte: Ätiologie und Behandlung von Stottern, Phobien, Schizophrenie, Depression, Dissoziative, Trauma- und Persönlichkeitsstörungen. Eine aktuelle Buchpublikation ist über Stalking erschienen.

Prävalenz (Auftretenshäufigkeit)	Geschlecht	Gleichzeigkeitsdiagnosen
5 bis 15 Prozent in der Bevölkerung; ca. 10 Prozent in Deutschland; erste Symptome schon in der Kindheit und Adoleszenz; vor Beendigung der mittleren Adoleszenz ist die Diagnose nicht sicher feststellbar.	Frauen und Männer etwa gleichhäufig; Ausnahmen sind die dissoziale und zwanghafte Persönlichkeit, bei denen Männer überwiegen.	Häufiger kommt es zum zeitgleichen Auftreten mit Depression, Posttraumatischer Belastungsstörung, Angststörungen, Essstörungen, Sucht-erkrankungen; häufig sind mehrere Persönlichkeitsstörungen gleichzeitig bei einer Person diagnostizierbar.

Persönlichkeitsstörungen in Deutschland: ein Überblick

Prototypische Merkmale der Persönlichkeitsstörungen

Allgemein gilt: Das wesentliche Merkmal einer Persönlichkeitsstörung ist ein Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich für eine längere Episode des Lebens oder auch andauernd von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht. Der folgende Überblick zeigt die unterschiedlichen Formen von Persönlichkeitsstörungen und ihre spezifischen Merkmale:

- Dependente Persönlichkeit: Übermäßig anhänglich und loyal. Abhängiges, unterwürfiges Beziehungsverhalten und Angst vor dem Verlassenwerden.
- Depressive Persönlichkeit negativ gestimmt, pessimistisch. Depressionstypische Gedanken und Verhaltensweisen und eine pessimistische Lebenseinstellung sowie eine Neigung zu sozialer Anpassung.
- Dissoziale Persönlichkeit: Abenteuerlich, riskant. Häufige Missachtung und Verletzung der Rechte anderer bei fehlender Scham, fehlendem Verantwortungsgefühl und Mangel an Empathie.
- Emotional-instabile Persönlichkeit / Borderline-Persönlichkeit: Intensive und zugleich instabile zwischenmenschliche Beziehun-

gen, impulsives und teils selbst-destructives Verhalten, deutliche Wechsel in der Stimmungslage und im Selbstbild.

- Histrionische Persönlichkeit: Schauspielerisch, sich aufdrängend. Neigung zur Emotionalisierung und Inszenierung zwischenmenschlicher Beziehungen und ein übermäßiges Verlangen nach Aufmerksamkeit.
- Narzisstische Persönlichkeit: Selbstbezogen, leicht kränkbar. Neigung zur Selbstwertüberhöhung bei gleichzeitiger Überempfindlichkeit gegenüber Kritik.
- Paranoide Persönlichkeit: Misstrauisch, nachtragend. Überempfindlichkeit gegenüber Kritik der Normorientierung eigenen Handelns sowie ein durchgängiges Misstrauen und eine Neigung, anderen bösartige Motive gegen die eigene Person zu unterstellen.
- Passiv-aggressive Persönlichkeit: Negativistisch, skeptisch und zögerlich. Passiver Widerstand gegenüber sozialen Anforderungen sowie eine ausgesprochen negativistische Sicht gegenüber vielfältigen Aspekten des Lebens.

- Schizoide Persönlichkeit: Einzelgängerisch, zurückgezogen. Gleichgültigkeit gegenüber sozialen Situationen und sozialer Rückzug und eine eingeschränkte emotionale Ausdrucksfähigkeit in

zwischenmenschlichen Kontexten.

■ Schizotypische Persönlichkeitsstörung:
Verletzlich, empfindsam. Soziale und zwischenmenschliche Defizite, die jeweils von einem akut erlebten Unbehagen und von Mängeln in der Beziehungsfähigkeit begleitet werden, sowie kognitive oder Wahrnehmungsstörungen und ein exzentrisches Verhalten.

■ Selbstsichere Persönlichkeit:
Ängstlich-vermeidend. Soziale Gehemmtheit, Gefühle persönlicher Unzulänglichkeit und eine Überempfindlichkeit vor negativer Beurteilung durch andere.

■ Zwanghafte Persönlichkeit:
übermäßig gewissenhaft. Detailorientierter Perfektionismus und übertriebene Sorgfalt auf Kosten persönlicher Flexibilität, Aufgeschlossenheit und Effizienz.

Ätiologie: Entwicklung und Aufrechterhaltung

Die klinischen Forscher sind viele Jahre davon ausgegangen, dass Persönlichkeit und die spätere Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen in der Kindheit geprägt oder angelegt werden und danach weitgehend unveränderlich erhalten bleiben. Neuerliche Erkenntnisse sprechen jedoch gegen diese Annahme in ihrer Ausschließlichkeit. Heute geht man weitgehend

übereinstimmend davon aus, dass sich Persönlichkeitsentwicklung fortsetzt und dass die Persönlichkeitsreifung ein kontinuierlicher Prozess ist, der das ganze Leben weitergeht. Das gilt auch für Persönlichkeitsstörungen. Das ist auch einer der Gründe dafür, dass sich Persönlichkeitsstörungen mit den heutigen psychotherapeutischen Möglichkeiten gut und erfolgreich behandeln lassen.

Weiter ist davon auszugehen, dass viele unterschiedliche ätiologische Faktoren für die Erklärung der Persönlichkeitsstörungen beachtet werden müssen, dass jedoch keine der einzelnen Entwicklungsbedingungen für sich selbst als hinreichend zur Erklärung angesehen werden kann. Zur Erklärung der möglichen Entwicklungspfade von Persönlichkeitsstilen hin zu den unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen ist also die Berücksichtigung vielfältiger Einflüsse bedeutsam. Dabei handelt es sich um eine Kombination aus hereditären, biologischen, psychologischen und sozialen Risikobedingungen. Dabei bleibt vorab zu beachten, dass die inzwischen vorliegenden Daten aus Langzeitstudien traditionelle Konzepte von Persönlichkeitsstörungen als angeborene, überdauernde Dispositionen deutlich in Frage stellen und das Forschungsinteresse vermehrt auf Persönlichkeitsdimensionen lenken, die in ihrer Kontinuität wie vor allem aber auch in ihrer Veränderung nur im Zusammenspiel mit psychosozialen Faktoren verstanden werden können.

Eltern-Kind-Beziehung

Da für die Persönlichkeitsstörungen wie für die ihr zugrunde liegende Persönlichkeit beginnend mit der frühen Kindheit eine lebenslange Entwicklung unterstellt wird, werden in den Kindheitserfahrungen, insbesondere in der Eltern-Kind-Beziehung die wichtigsten Risikofaktoren für eine Störungsentwicklung vermutet. Schlussfolgerungen in dieser Hinsicht sollten jedoch mit Bedacht und Umsicht erfolgen, zumal Forschungsarbeiten immer wieder zu dem Ergebnis kommen, dass selbst zwischen Kindern, die in der gleichen Familie aufwachsen, erhebliche Unterschiede in Persönlich-

keitseigenschaften und Persönlichkeitsstilen beobachtbar sind. Es sind also bedeutsame Wechselwirkungen zwischen den elterlichen Erziehungsstilen, dem jeweiligen Temperament des Kindes und dessen Kompetenzen, sich in die eigene Familie funktional wie auch dysfunktional einzubinden, anzunehmen. Da sich die Ergebnisse zu ungünstigen Bindungsstilen der Eltern gleichermaßen für Persönlichkeitsstörungen wie für die unterschiedlichen anderen psychischen Störungen (z. B. Depression, Alkohol- und Drogenproblemen) berichtet werden, handelt es sich bei den Bindungsstilen der Eltern eher um unspezifische Faktoren, deren spezifische Wirkungen erst in Prospektiv- und Verlaufsstudien genauer bestimmt werden können. Diese liegen für Persönlichkeitsstörungen jedoch bisher kaum vor.

Extrembelastung und traumatische Erfahrungen

Weiter ist es naheliegend, spätere Persönlichkeitsstörungen mit extrem belastenden bzw. traumatischen Erfahrungen in einen Zusammenhang zu stellen. Die meisten Studien dieser Art wurden zur Entwicklungspsychologie der selbstunsicher-vermeidenden, dissozialen, schizotypischen und Borderline-Persönlichkeitsstörung durchgeführt. In zumeist retrospektiv angelegten Befragungen wurden Belege dafür zusammengetragen, dass sich traumatische Erfahrungen wie der physische bzw. sexuelle Missbrauch sowie emotionale Vernachlässigung in der Kindheit von Patienten mit diesen vier Persönlichkeitsstörungen signifikant häufiger als bei nicht psychisch gestörten Menschen beobachten lassen. Andererseits bleibt zu beachten, dass traumatische Erfahrungen als nicht spezifisch für die Entwicklung dieser Störungen anzusehen sind, da sich gleichartige Traumata auch bei anderen psychischen und Persönlichkeitsstörungen in bedeutsamer Weise finden lassen.

Psychisch gestörte und extrem belastete Eltern

Wiederholt ließ sich beobachten, dass Eltern persönlichkeitsge-

störter Patienten in der frühen Entwicklungszeit ihrer Kinder ihrerseits an psychischen Störungen erkrankt waren, zum Beispiel überzufällig häufig Depressionsdiagnosen aufwiesen, Alkohol- und Drogenprobleme hatten, selbst die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung erfüllten oder aber ihre Kinder wegen längerer Abwesenheit emotional vernachlässigten (z.B. bei längeren Klinikaufenthalten, aus beruflichen Gründen oder anderer Anlässe für Abwesenheit/Trennung). Auch wenn in diesen Bedingungen wichtige Faktoren vermutet werden, die zu einer besonderen Vulnerabilität der Kinder beitragen und damit die Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen begünstigen können, bleibt wiederum ihre Unspezifität beachtenswert, da ähnliche Beobachtungen bei einer ganzen Reihe unterschiedlicher psychischer Störungen gemacht werden.

Altersabhängigkeit sozialer Einflüsse

Nach wie vor konzentrieren sich die meisten Entwicklungsstudien vorrangig auf bereits früh im Leben gemachte Erfahrungen. Dabei haben unterschiedliche Forscher wiederholt darauf hingewiesen, die Pubertät und die Übergänge in das Erwachsenenalter in ihrer Bedeutung für Persönlichkeitsstörungen nicht vorschnell zu übergehen. Insbesondere mit Beginn der Adoleszenz kommt es angesichts bedeutsamer hormoneller Veränderungen zu wichtigen eigenen Reifungsschritten, deren zentrale Bedeutung in der weiteren Ausformung einer geschlechtlichen Identität, der Geschlechtspartnerorientierung und der Entwicklung sexueller Präferenzen zu sehen ist. Und dieser Prozess wird gerade in der Pubertät durch Ansichten und Stereotypien der sozial-gesellschaftlichen Umwelt bedeutsam beeinflusst.

Ohne geeignete Erziehungsvorbilder kann diese Entwicklungsphase zahlreiche Unter- oder Überforderungsaspekte beinhalten, wie z. B. fehlende geeignete Identifikationsmöglichkeiten oder Rollenvorbilder einerseits oder z. B. Gruppen- und Bandenbildung, Subkulturstereotype, provokative Demonstration sich sozial ausgren-



zender Besonderheit andererseits. Orientierungslosigkeit angesichts heterogener Wertvorstellungen, fehlende Geschlechtsorientierung und schmerzliche erste sexuelle Erfahrungen können die emotionalen Reifungsprozesse dieser Phase erheblich beeinträchtigen. Eine grundlegende Diffusion der eigenen Geschlechtlichkeit oder auch die radikale Übernahme stereotyper maskuliner bzw. femininer Rollen kann die Folge sein.

Fehlende Resilienz?

Wichtig sind in diesem Zusammenhang auch noch Forschungsarbeiten zur Resilienz, in denen der Frage nachgegangen wird, warum Menschen gravierende Lebenskrisen, traumatische Erfahrungen und Verluste nahestehender Personen ohne anhaltende psychische Beeinträchtigungen durchstehen. In diesen Studien zur „gesunden Widerstandskraft“ zeigte sich wiederholt, dass viele Kinder in schwierigsten Lebenslagen aufwachsen, ohne dabei psychische oder Persönlichkeitsstörungen zu entwickeln. Zur Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen könnte eine mangelnde oder fehlende Resilienz beitragen. In diesem Zusammenhang erweist es sich als lohnend, über den engeren Rahmen der Familie als Nukleus für die Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen hinaus zu blicken. Nicht nur, dass eine allgemein belastende Lebenssituation wie belastende Umgebungen, in denen Familien leben, ihrerseits für eine dysfunktionale Familiinteraktion verantwortlich zeichnen. Es lässt sich auch beobachten, dass supportive soziale Umwelten als Puffer gegen negative und pathologische familiäre Einflüsse wirken können. In den Untersuchungen mit resilienten Kindern zeigte sich nämlich, dass als hoch dysfunktional eingeschätzte familiäre Kontexte offensichtlich immer dann keine pathologische Wirkungen auf Kinder entfalten konnten, wenn den Kindern außerhalb der Kernfamilie alternative Bindungen oder Identifikationsmöglichkeiten zur Verfügung standen. Fehlen solche Stützungssysteme außerhalb der Familie, liegt es nahe, dass persönlichkeitsbedingte Ressourcen nicht ausreichen und

dass sich Persönlichkeitsstörungen entwickeln können.

Psychotherapeutische Perspektiven und Ansätze

Nachfolgend sollen einige Grundsätze formuliert werden, die sich auf Grundlage der geschilderten Ätiologieaspekte als sinnvolle Schwerpunktsetzungen einer Behandlung erweisen könnten. Zugleich werden einige Rahmensetzungen angesprochen, über die weitgehend unabhängig von der Therapieschulzugehörigkeit von Autoren inzwischen Konsens zu bestehen scheint.

Therapeutische Beziehung

Alle therapeutischen Schulen betonen die Bedeutung der Vertrauen herstellenden, von Expertise und Zuversicht geprägten Grundhaltung des Therapeuten. Im Rahmen der Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen kommt der therapeutischen Beziehung jedoch eine besondere Funktion zu. Im Unterschied zu den meisten spezifischen psychischen Störungen erleben Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ihr Verhalten in weiten Bereichen nicht als ichdyston, also nicht als unsinnig oder behandlungsbedürftig, sondern als in sich stimmig und logisch. Sie erwarten zunächst vom Therapeuten, dass dieser ihre Wahrnehmung bestätigt und sich akzeptierend verhält. Therapieabbrüche in einem frühen Stadium der Behandlung sind sehr häufig auf Irritationen dieser Erwartung zurückzuführen. Es bedarf daher eines hohen Maßes an Flexibilität seitens des Therapeuten, gerade in der Anfangsphase der Erwartungshaltung des jeweiligen Patienten zu entsprechen.

Verbesserung psychosozialer Kompetenzen

Die Verbesserung der Kompetenz von Patienten zur Lösung komplexer psychosozialer Probleme gilt als empirisch gesicherter Wirkfaktor der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. Je nach Komplexität anstehender und zukünftiger Probleme sollten daher Methoden der Beratung, der Instruktion, des modellhaften

Lernens und der Psychoedukation zumindest zeitweilig in den Mittelpunkt rücken, auch wenn dies nicht in den traditionellen Kanon der Interventionsstrategien beispielsweise der psychodynamisch orientierten Psychotherapie gehört. Wie oben ausgeführt, können die Entstehungsbedingungen von Persönlichkeitsstörungen sowohl in einer früheren Überforderung durch nicht altersentsprechende psychosoziale Stressoren gesehen werden als auch in einer Unterforderung, die nicht zur Ausbildung entsprechender Fähigkeiten geführt hat. Während tiefenpsychologisch orientierte Therapeuten gelegentlich dazu tendieren, die mangelhaften Handlungskompetenzen ihrer Patienten zu übersehen, laufen rein verhaltenstherapeutisch ausgebildete Therapeuten hin und wieder Gefahr, diejenigen Faktoren zu unterschätzen, die eine Anwendung vorhandener adäquater Fertigkeiten blockieren.

Als empirisch gesichert kann angesehen werden, dass die Bereitschaft zur Aufgabe etablierter, pathologischer Verhaltensmuster mit dem Erwerb neuer Fertigkeiten steigt. Der Therapeut sollte seine Behandlungsstrategie also daran orientieren, ob der Patient über entsprechende adäquate Fertigkeiten gar nicht verfügt oder ob intra- bzw. interpersonelle Faktoren die Anwendung vorhandener Fertigkeiten blockieren. Es liegen mittlerweile gut ausgearbeitete Manuale zum psychosozialen Fertigkeitstraining vor, die jedoch nach störungsspezifischen Kriterien selektiert werden sollten (vgl. hierzu z.B. die störungsspezifischen Beiträge in diesem Heft).

Strukturierung des psychosozialen Umfeldes

Nicht selten erweist sich das psychosoziale Umfeld und nicht ausschließlich die intrapsychischen Schemata des Patienten als pathogenetisch bedeutsam. Das Spektrum kann vom dominierenden Verhalten des Partners einer dependenten Persönlichkeit bis zum fortgesetzten Missbrauch bei Borderline-Patienten reichen. Je nach Kompetenz der Patienten und Dringlichkeit der Problematik variieren auch die Behandlungs-

strategien von der beraterischen Tätigkeit, dem Einsatz von Sozialarbeitern bis zum Einschalten der Justiz. Nicht nur zu Beginn der Behandlung, auch während der angestrebten Veränderungsprozesse sollte das psychosoziale Umfeld kontinuierlich im Blickfeld bleiben, da nicht selten die Beibehaltung dysfunktionaler Verhaltensmuster zum Beispiel durch Eltern oder Partner, aber auch am Arbeitsplatz zirkulär provoziert wird und wiederholt in zwischenmenschliche Krisen einmünden können.

Auffällige Persönlichkeitseigenschaften der Betroffenen dienen nämlich häufig Selbstschutz der Betroffenen. Persönliche Krisen haben ihre Ursache häufig darin, dass viele der von den Betroffenen als Selbstschutz gewählten zwischenmenschlichen Verhaltensweisen (wie Rückzug aus sozialen Beziehungen, fehlendes Einfühlungsvermögen, spontane Rollenfluktuation oder aggressive Abwehr sozialer Anforderungen) für die Bezugspersonen gar nicht als Vulnerabilitätsschutz verstehbar sind. Sie werden vielmehr als Verletzung interpersoneller Umgangsformen interpretiert und fordern deshalb – im Sinne eines Teufelskreises – geradezu vermehrt jene Ablehnung, Kritik und Feindseligkeit heraus, vor denen sich die Betroffenen gerade zu schützen versuchten. Auch für die Unterbrechung einer zirkulär krisenhaften Zuspitzung zwischenmenschlicher Beziehungen gilt es mit Betroffenen Lösungen zu erarbeiten.

Bearbeitung dysfunktionaler Beziehungsmuster und Persönlichkeitsstile

Diese zwischenmenschlichen Beziehungsschwierigkeiten von Patienten können sich intrapsychisch oder im sozialen Umfeld manifestieren. Je nach Therapieschulzugehörigkeit lohnt sich auch hier ein Blick über den engen Rahmen schulenspezifischen Denkens hinaus.

Psychoanalytische und tiefenpsychologisch orientierte Theorien gehen häufig zu eng davon aus, dass sich die dysfunktionalen Beziehungsmuster grundsätzlich

in der therapeutischen Beziehung abbilden, weshalb ein geschulter Therapeut sein Augenmerk auf pathologische Muster in Übertragung und Gegenübertragung legt. Kognitiv-behaviorale oder interpersonelle Therapeuten legen den Schwerpunkt der Behandlung außerhalb der therapeutischen Beziehung, d. h., sie konzentrieren ihr Augenmerk ebenfalls etwas einseitig auf Verhaltensmuster im psychosozialen Umfeld. Die Beachtung beider Perspektiven kann für eine Effektivierung therapeutischer Arbeit immens wichtig werden. Auch an die Einbeziehung relevanter Bezugspersonen sollte insbesondere bei akuten Krisen gedacht werden.

Ob der Schwerpunkt auf eine Analyse der intrapsychischen bzw. kontextuellen Bedingungsfaktoren oder auf eine Fokussierung aktueller bzw. biographischer Klärungsaspekte und Bedeutungen gelegt wird, sollte zukünftig nicht ausschließlich als vom jeweiligen theoretischen Konzept des Therapeuten abhängig bleiben. Vielmehr sollte versucht werden, möglichst viele Determinanten zu erfassen und die jeweiligen Blickwinkel wie die möglichen Interventionsprinzipien zu variieren.

Ressourcenorientierung

Die Auswahl der therapeutischen Methoden sollte sich an der Persönlichkeitsstruktur und spezifischen Gestörtheit der Patienten ausrichten. Es ist sicherlich günstig, wenn Therapeuten über ein möglichst breites Spektrum von Techniken verfügen, um gezielt und rasch Emotionen induzieren und die aktivierten Prozesse steuern zu können. Die Irritation etablierter Erlebens- und Handlungsmuster induziert nicht gerade selten zunächst negative Emotionen wie Angst, Wut, Schuld oder Scham, aber auch Neid und Eifersucht. Die passagere Toleranz dieser negativen Emotionen ist Voraussetzung für die Revision der emotionsauslösenden, basalen Wahrnehmungen und Interpretationen des Patienten.

Hier kommt erneut die Bedeutung der therapeutischen Beziehung zum Tragen. Die Qualität der therapeutischen Arbeit misst sich

auch an der Fähigkeit, gerade während der oft als schwierig erlebten Irritationsprozesse gezielt die jeweiligen positiven Ressourcen des Patienten zu aktivieren. Während jeder einzelnen Therapiestunde sollte der Patient sich vergegenwärtigen können, dass die angestrebten Veränderungsprozesse seinen Freiheitsgrad im Erleben und Verhalten erweitern und dass er selbst über Fähigkeiten verfügt, die er bislang zuwenig nutzte. Das subjektive Gefühl der wachsenden Kompetenz gilt insbesondere bei Persönlichkeitsstörungen als empirisch gut begründeter Wirkfaktor für wichtige Veränderungsprozesse.

Transfer in den Lebensalltag

Die im therapeutischen Prozess erworbenen neuen Erfahrungen bedürfen einer Verankerung im sozialen Alltag des Patienten. Die angestrebte Generalisierung sollte nicht am Ende der Therapie stehen, sondern immanenter Bestandteil sein. Nicht selten stellt sich heraus, dass das Umfeld des Patienten für die Aufrechterhaltung dysfunktionaler Verhaltensweisen mitverantwortlich zeichnet bzw. von Veränderungen, die sich abzeichnen, gelegentlich deutlich irritiert ist und dysfunktional hilflos (re)agiert. Bisweilen ist die Einbeziehung der nahen Bezugspersonen unumgänglich. Entsprechend sollte der Patient kontinuierlich dazu angehalten werden, die Erfahrungen außerhalb des therapeutischen Rahmens in die Therapie mit einzubeziehen, nicht zuletzt, um die Sichtweise des Therapeuten auf sozial schlecht verträgliche Ziele und Ideen des Patienten zu lenken, die einer sorgfältigen Analyse und Revision bedürfen. ●

Literatur

- Fiedler, P. (2007). Persönlichkeitsstörungen (6. Aufl.). Weinheim: Beltz-PVU.
- Bohus, M., Stieglitz, R.D., Fiedler, P., Hecht, H., Herpertz, S.C., Müller-Isberner, R. & Berger, M. (2009). Persönlichkeitsstörungen. In M. Berger (Hrsg.), Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie (3. Aufl.; S. 819–909). München: Urban & Fischer.
- Dammann, G. & Fiedler, P. (2005). Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen: Perspektiven integrativer Psychotherapie. In: W. Senf & M. Broda (Hrsg.), Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch: Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie (3. Aufl.; S. 462–482). Stuttgart: Thieme.



Rudi Merod
Diplompsychologe,
Psychologischer Psy-
chotherapeut, eigene
psychotherapeutische
Praxis. Leiter des DGVT
Ausbildungszentrums
München/ Bad Tölz der
DGVT für PP und KJP.
Arbeitsschwerpunkte
Persönlichkeitsstö-
rungen im PP und
KJP Bereich vor allem
Borderline-Persön-
lichkeitsstörungen,
Forschungsprojekte im
Bereich der Persön-
lichkeitsstörung und
Traumastörungen

Persönlichkeitsstil und Persönlichkeitsstörung

Eine kritische Betrachtung

Von Rudi Merod

Die Auseinandersetzung mit dem Thema „Persönlichkeitsstörungen“ ist immer noch mit mannigfachen Problemen behaftet. Dieser Beitrag wird sich mit drei dieser Aspekte auseinandersetzen. Einmal der Frage: gibt es überhaupt „Persönlichkeitsstörungen“? Des Weiteren mit der Frage der Diagnostik sowie des Umgangs mit dieser Diagnose im therapeutischen Alltag. Auf die Frage nach der Sinnhaftigkeit des Konzeptes gibt ein Vergleich der Definition von „Persönlichkeitsstörungen“ mit einer Definition von Persönlichkeit eine erste Antwort:

Definition von Persönlichkeit nach Asendorpf (2008)

Die Persönlichkeit eines Menschen umfasst die Gesamtheit aller überdauernden individuellen Besonderheiten im Erleben und Verhalten. „Überdauernd“ bezieht sich in dieser Definition auf Zeiträume von wenigen Wochen oder Monaten. Persönlichkeit setzt also eine zumindest kurzfristige Stabilität von Tendenzen im Erleben und Verhalten voraus, in denen sich jemand von anderen altersgleichen Personen unterscheidet. Das schließt langfristige Veränderungen der Persönlichkeit über einen Zeitraum von vielen Monaten oder Jahren nicht aus. Finden solche langfristigen Veränderungen statt, spricht man von „Persönlichkeitsentwicklung“ (S15)

Schon diese Definition zeigt, dass es sich bei Persönlichkeitsstörungen im Grunde um eine „Normvariante“ dessen handelt, was die Persönlichkeitspsychologie unter „Persönlichkeitsentwicklung“ oder „Persönlichkeitsstil“ versteht. Eine Definition von „Persönlichkeitsstörung“ müsste demnach korrekt heißen: „Eine Form der Persönlichkeit, die sich unter bestimmten Bedingungen entwickelt hat und

die heute in manchen Situationen dysfunktional ist“. Alleine diese Beschreibung zeigt, dass ein Streit darum, ob es sich um „Persönlichkeitsstil“ oder „-störung“ handelt, in der täglichen Arbeit nicht hilfreich ist. Dennoch macht es sehr viel Sinn, sich diese „Normvarianten“ genauer anzusehen und sich mit den Symptomen, die hinter den Begriffen verborgen sind, auseinanderzusetzen, denn behandelt werden ja keine Konzepte oder Diagnosen, sondern Symptome. Eine reine Ablehnung bestimmter Begriffe verhindert es, sich mit dem sichtbaren Verhalten und Erleben mancher Menschen zu beschäftigen, da dieses „Leiden verursacht“. Als Einstieg zunächst ein Blick in die Geschichte der dahinterliegenden Konzepte.

1. Historie des Begriffes „Persönlichkeitsstörung“

Das Konzept der Persönlichkeitsstörung stammt aus der klassischen Psychiatrie, ist also ein eher medizinisch zu verstehendes Konstrukt und von daher mit dem Denken der Persönlichkeitspsychologie nur in geringem Masse kompatibel. Eine gestörte Persönlichkeit gibt es nach der Persönlichkeitspsychologie nicht, wie die oben aufgeführte Definition von Asendorpf (2008) gezeigt und wie Lieb (1998) sehr eindrucksvoll dargestellt hat. Unberücksichtigt bleibt bei dieser Debatte, dass es sich auch um die Diskussion verschiedenartiger Diagnosemodelle handelte.

Die unterschiedlichen Konzepte in den beiden Disziplinen Psychiatrie und Persönlichkeitspsychologie führen automatisch zu unterschiedlichen Ergebnissen. Becker (2005) plädiert dafür, aus persönlichkeitspsychologischer Sicht von Mustern zu sprechen, die eine hohe oder niedrige Ausprägung in bestimmten Persönlichkeitseigen-

schaften oder -dimensionen und damit verbundenen einseitigen und rigiden Verhaltensweisen führen. Er betont, dass durch die kategoriale Diagnostik in der ICD 10 und der DSM IV fließende Übergänge zwischen klinischen und Persönlichkeitsstörungen sowie zwischen psychischen Störungen und „normalem“ Verhalten bestehen. Eine Diskussion dieser unterschiedlichen theoretischen Herangehensweisen sollte aber nicht dazu führen, behandlungsbedürftige Störungen zu ignorieren.

2. Persönlichkeitsstörungen als adaptive Muster

„Persönlichkeitsstörungen“ sind bei genauer Betrachtung also keine Störung der Persönlichkeit, sondern können verstanden werden als adaptive Muster, die es Menschen erlaubt hat, mit schwierigen Umweltbedingungen umzugehen (Merod, 2009). Dennoch sind diese aufgrund ihrer Rigidität in vielen Situationen dysfunktional und führen zu Einschränkungen und letztendlich zu subjektivem Leiden. Damit bedingen sie einen deutlichen Verlust an Entwicklungsmöglichkeiten und Lebensqualität. So erscheint es sinnvoll sich jenseits der Theoriediskussion mit dem beobacht- und erklärbaren Erleben und Verhalten dieser Menschen auseinanderzusetzen, um darüber Möglichkeiten zu entwickeln, eben diese Lebensqualität zu verbessern und es den betroffenen Menschen zu erlauben, ihre Ressourcen möglichst weitgehend auszuschöpfen.

Wie gesagt, zu einem bestimmten Zeitpunkt waren diese Muster sinnvoll und funktional, wurden dann aber dysfunktional, da sie aufgrund von situativen Bedingungen rigide wurden und damit die Menschen die Fähigkeit verloren, sich an neue Situationen anzupassen. Dies hängt wiederum mit den Mechanismen innerhalb von Schemata (= neurobiologische Vernetzungen im Gehirn) zusammen (Merod, 2005, 2009). Um diese Muster zu verändern, ist es unabdingbar ihre frühere Funktionalität zu verstehen und entsprechend zu würdigen (Gräwe, 2000) und ausgehend von diesem Verständnis, eine Veränderung

anzustreben, was in erster Linie bedeutet etwas Unflexibles wieder flexibel zu machen, damit es den aktuellen Gegebenheiten angepasst werden kann und nicht „eine Persönlichkeit zu verändern“.

Die kritische Auseinandersetzung mit dem Begriff der Persönlichkeitsstörung ist für mich unbedingt notwendig, dennoch können meiner Meinung nach beobachtbare Phänomene nicht plausibel diskutiert werden, wenn die scientific community bei der kritischen Diskussion eines Labels stehen bleibt. Durch die Kritik an einem Label und bestimmten, hinter dem Konstrukt stehenden „genetischen“ Vorstellungen, werden die beobachtbaren Phänomene schließlich nicht aus der Welt geschafft.

3. Probleme der „Diagnostiker“

Einige Autoren versuchen die Ablehnung des Begriffes und die in diesem Begriff inhärente Festlegung der „im Individuum – seiner Persönlichkeit – liegenden Problematik“ dadurch zu umgehen, dass sie den Begriff der „Störung der Persönlichkeitsentwicklung“ benutzen. Damit wird zwar der Aspekt der Umwelt und auch die Möglichkeit von Entwicklung/Veränderung mit eingebracht, dennoch ist damit das Problem nicht wirklich besser gelöst. Diese Frage muss nach meinem Dafürhalten zunächst einer inhaltlichen Lösung zugeführt werden und erst in zweiter Linie sollten wir uns mit dem Namen beschäftigen, den man den beobachtbaren Phänomenen gibt. Ich möchte damit die Diskussion im Rahmen des Labeling Ansatzes nicht herabwürdigen, aber auch nicht zu hoch aufhängen. Gleichwohl weiß ich aus meiner Erfahrung als Supervisor, dass schwierige Therapieverläufe sehr schnell mit der „Persönlichkeitsstörung“ des Patienten erklärt werden, auch wenn diese bei einer exakten Diagnostik möglicherweise nicht zu verifizieren wäre. Forschungen zeigen, dass bis zu 40% der Diagnosen falsch, da nicht den Kriterien der ICD 10 oder DSM IV entsprechend sind. Hier ist es unerlässlich, dass Behandler sich Klarheit über die existierenden diagnostischen Kriterien aber auch

über standardisierte diagnostische Methoden (an erster Stelle das IPDE, Loranger, 1996, Loranger et al., 1994) verschaffen und diese auch konsequent einsetzen. Aufgabe der Wissenschaft wiederum ist es, die diagnostischen Kriterien noch klarer zu definieren und bestehende Überschneidungen und Unklarheiten mittels weiterer Forschung aus dem Wege zu räumen oder zumindest zu minimieren.

Ich möchte dies am Beispiel der Borderline Persönlichkeitsstörung und des AD(H)S im Erwachsenenalter erläutern. Menschen mit einer Borderline Störung setzen Selbstverletzungen, Alkohol, Drogen usw. ein, um aus einer hohen Spannung auf ein erträgliches Maß an Spannung zu kommen. Sie müssen dann sogenannte Stresstoleranz-Skills lernen, die die Spannung herab regulieren. Dies gilt einerseits auch für Erwachsene mit einem AD(H)S, da diese aufgrund ihres geringen Bereiches der optimalen Spannung auch schnell in Stress, in Form von Übererregung, kommen. Andererseits leiden Menschen mit einem AD(H)S aber auch ganz häufig an Unterstimulierung. Wenn sie dann Stresstoleranz-Skills einsetzen, führt das eher zu einer Verstärkung der inneren Anspannung. Diese Menschen brauchen also in dieser Situation Skills, die sie stimulieren und eben nicht beruhigen und gegebenenfalls Personen, die ihnen dabei helfen, beide Zustände klar zu differenzieren. Eine bessere Differenzialdiagnose würde also dazu beitragen, die jeweils notwendigen Skills zu vermitteln.

4. Probleme in der „Behandlung“

Die Frage, die sich bei der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen immer wieder stellt, dreht sich darum, ob bei solch „ich-synton“ Störungen eine Therapie überhaupt möglich ist. Becker (2005) schreibt „Die empirischen Befunde sind nicht vollständig konsistent, doch lässt sich aus Metaanalysen schließen, dass Persönlichkeitsstörungen den Therapieerfolg im Allgemeinen negativ beeinflussen: die Therapie erweist sich als schwierig bzw. aufwändig, und nach Therapieende ist das verbleibende Störungsniveau

relativ hoch“ (520). Wie auch Peter Fiedler in seinem Beitrag schreibt, stellt sich die Frage: ist das ein Problem, das seine Wurzeln in der Störung hat oder eher in den Behandlern. Caspar (2007) hat in seinem sehr lesenswerten Beitrag am Beispiel des Films „Was ist mit Bob?“ gezeigt, dass der Patient Bob immer wieder versucht, seine Problemlage und seine Bedürfnisse zu kommunizieren, der Behandler aber nicht in der Lage ist, sein Treatment as usual zu verlassen. Somit produziert der Behandler immer stärkere Probleme und nicht die Störung des Patienten!

Wichtig ist aber auch für Behandler wie Patienten, dass sie sich bewusst machen, dass bestehende Vernetzungen im Gehirn (= Schemata) nicht mehr gelöscht werden können, sondern, dass immer nur neue synaptische Vernetzungen aufgebaut werden. Das bedeutet für die Therapie, dass Behandlung möglich ist, diese aber letztendlich „nur“ dazu führt, dass die alten Schemata überdeckt und nicht gelöscht werden. Dies muss TherapeutInnen und PatientInnen klar sein, denn es hat ja für das Leben der Menschen Folgen. Beide Seiten müssen sich von der „Heilungswallusion“ verabschieden. Dennoch sind die Erfolge nicht zu unterschätzen. Sie bedeuten, dass die Menschen unter normalen Umständen auf die neuen Schemata zurückgreifen können. Gleichzeitig bedeutet es aber auch, dass sie bei Belastungen eher auf die älteren Schemata zurückgreifen. In Belastungssituationen gehen wir alle die „ausgetretenen“ Pfade, da diese insgesamt unserem impliziten Gedächtnis „sicherer“ erscheinen, als die neuen Pfade oder Schemata und von daher gewohnheitsmäßig schneller aktiviert werden.

Aber auch diese Tatsache kann genutzt werden, da sich mit dem Auftreten der alten Schemata wiederum zeigt, dass der entsprechende Mensch in einer für ihn belastenden Situation steckt und er weitere Möglichkeiten erlernen kann, mit diesen Situationen besser umzugehen und damit die Belastung zu reduzieren, ganz im Sinne einer lebenslangen Entwicklung.

Auch wenn sich das Konzept der Persönlichkeitsstörung zurzeit noch in stetigem Wandel befindet, und gleichzeitig immer wieder grundsätzlich kritisiert wird, kann letztendlich niemand leugnen, dass es Menschen gibt, die deren Definition (Fiedler, in diesem Heft) erfüllen. Unter diesen Voraussetzungen bleibt festzuhalten, dass es Menschen gibt, die unter ihrer rigidien direkten oder indirekten Persönlichkeitsstruktur leiden. Gleichzeitig gibt es ausgeprägte Persönlichkeitszüge, die sich auf den Ablauf von Therapien sehr stark auswirken und bei deren Missachtung auch zu einem negativen Therapieergebnis führen können, wie Caspar es verdeutlicht hat.

Gleichgültig, ob nun die Persönlichkeitsstörung im Zentrum der Therapie steht, wie z.B. bei Borderline- Persönlichkeitsstörungen oder ob sie den Hintergrund darstellen, auf dem Symptome einer

Achse 1 Störung behandelt werden, sie ist immer ein wichtiger Faktor, der den Therapieerfolg beeinflusst. Daher ist es von großer Wichtigkeit sich diese Persönlichkeitsstile frühzeitig klarzumachen, damit nicht durch das Verhalten des Therapeuten die Interaktionsprobleme erst virulent werden und somit zu einem negativen Ergebnis führen. Therapie gefährdendes Verhalten gibt es nicht nur auf Seiten der Patienten, sondern genauso auf Seiten der Therapeuten, dies gilt es zu minimieren. ●

Literatur:

- Asendorpf, J.** 2008, Persönlichkeit: Stabilität und Veränderung, In H. Weber & T. Rammssayer (Hrsg.) Handbuch der Persönlichkeitspsychologie und differentiellen Psychologie, Göttingen: Hogrefe S 15-26
- Becker, P.** 2005, Klinische Psychologie, in: H. Weber & T. Rammssayer, (Hrsg.) Handbuch der Persönlichkeitspsychologie und Differentiellen Psychologie (S 511 – 523) Göttingen: Hogrefe
- Caspar, F.**, 2007(a), „Das kriegen wir schon hin“ – Überlegungen zur therapeutischen Beziehung, Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 39, 2: 321-333

Caspar, F., 2007(b), Beziehungen und Probleme verstehen – eine Einführung in die Plananalyse, Bern: Huber

Gräwe, K., 2000, Psychologische Psychotherapie, Göttingen: Hogrefe, 2. korrigierte Auflage

Lieb, H., 1998, „Persönlichkeitsstörung“ – Zur Kritik eines widersinnigen Konzeptes. Tübingen: dgvt Verlag

Linehan, M., 1994, Dialektisch behaviorale Therapie der Borderlinestörung DBT, München: CIP Medien

Loranger, A.W., 1994, IPDE: international personality disordered examination; ICD-10 Modul, Dt.: Mombour, W. M. Zaudig,, P.Berger, K. Gutierrez, W. Berner, K. Berger, M. v. Cranach, O. Giglhuber, M. v. Bose, (1996) Bern: Verlag Hans Huber

Loranger AW., (1999). International Personality Disorder Examination (IPDE): DSM-IV and ICD-10 modules. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Merod, R., 2005, Psychische Gesundheit, Persönlichkeitsstil und Persönlichkeitsstörung, in: R. Merod, (Hrsg.) Behandlung von Persönlichkeitsstörungen, 21-52 Tübingen: DGVT Verlag

Merod, R., 2009, Familiäre Umwelt, Neurobiologie und Persönlichkeitsstörung In: R. Merod (Hrsg) Persönlichkeitsstörungen bei Jugendlichen, Tübingen DGVT Verlag

Young, J., 1994, Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-focussed Approach, Sarasota,FL: Professional Resource Press

Young, J., 2003, Eigentlich waren sie schon ihr ganzes Leben lang depressiv, Verhaltenstherapie,13; 203 – 206

Sozialpsychiatrie und Persönlichkeitsstörungen

Von Irmgard Plößl und Andreas Knuf

Ausgangssituation



Irmgard Plößl
Dr., Diplom-Psychologin, Abteilungsleiterin Berufliche Teilhabe und Rehabilitation im Rudolf-Sophien-Stift Stuttgart. Arbeitsschwerpunkte: berufliche Rehabilitation psychisch kranker Menschen, Entwicklung und Anwendung von Gruppentrainingsprogrammen (ZERA), Konzeptentwicklung zur Verbesserung der Angebote in der beruflichen Rehabilitation.

Die Sozialpsychiatrie kommt an den Persönlichkeitsstörungen nicht mehr vorbei. Die Diagnose tritt immer häufiger auf, sei es als Hauptdiagnose oder als begleitende Diagnose. Längst ist es nicht mehr möglich, Menschen mit Persönlichkeitsstörungen als „zu schwierig“ den Zugang zu sozialpsychiatrischen Hilfen zu verwehren. Personenzentriertes Arbeiten bedeutet, jedem Menschen die für ihn angemessenen Hilfen und Unterstützungsangebote zur Verfügung zu stellen. Bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen stellt dies eine besondere Herausforderung dar, da sich die Störung vorrangig auf der Beziehungsebene ausdrückt. Die Interaktion mit den Klienten ist oft schwierig, geprägt von sich wiederholenden Konflikten und nicht selten auch von Gefühlen

der Hilflosigkeit auf Seiten der professionellen Helfer, denen für diese Zielgruppe nur wenige spezifische Verfahren zur Verfügung stehen. Lange Zeit wurde versucht, Menschen mit Persönlichkeitsstörungen zu behandeln wie alle anderen auch und die bei psychoerfahrenen Klienten bewährten Hilfsangebote auch auf sie anzuwenden. Teilweise ist dies sicherlich mit gutem Erfolg gelungen, in vielen Fällen jedoch auch nicht. Seit einiger Zeit wird die Sozialpsychiatrie zunehmend sensibler für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen. Es wird deutlich, dass eine diagnosespezifische Form der Beziehungsgestaltung, der Einfühlung und der Gestaltung von Hilfen erforderlich ist. Die Psychotherapie und die stationäre Psychiatrie haben sich in den letzten Jahren zunehmend auf diese Anforderung eingestellt, zunächst vorrangig für die Bor-

derline-Persönlichkeitsstörung, mit der Schematherapie auch für andere Persönlichkeitsstörungen. Im Bereich der Sozialpsychiatrie besteht jedoch noch zu wenig Kompetenz im Umgang mit der Personengruppe. Psychotherapeutische Konzepte finden in der täglichen Arbeit zu wenig Berücksichtigung, da die Beziehung zwischen Klienten und professionellen Helfern in der Sozialpsychiatrie in aller Regel keine psychotherapeutische ist. Hinzu kommt, dass die bewährten und sehr fundierten psychotherapeutischen Verfahren äußerst aufwändig zu erlernen sind und für den Einsatz im sozialpsychiatrischen Alltag nicht geeignet zu sein scheinen. Dadurch entsteht jedoch ein Vakuum, es mangelt an einer begründeten, auf die jeweilige Art der Persönlichkeitsstörung bezogenen Haltung, an einem Verständnis der Motive und

Verhaltensweisen, die sich aus der Diagnose ergeben und nicht zuletzt an hilfreichen Interventionen im Alltag. Aus der sich daraus ergebenden Hilflosigkeit heraus kann es passieren, dass Menschen mit Persönlichkeitsstörungen von Seiten der professionellen Helfer abgelehnt und als „nicht behandelbar“ oder mindestens als „nicht motiviert“ eingestuft und stigmatisiert werden. Arbeit mit Menschen mit Persönlichkeitsstörungen ist immer Beziehungsarbeit und erfordert immer psychotherapeutisches Know-How. Mitarbeitende müssen und sollen nicht zu Psychotherapeuten werden, aber ohne das Verständnis von Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamiken und psychotherapeutische Basisfähigkeiten wird eine hilfreiche Arbeit für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen nicht gelingen.

Beispiel Wohnen

Schon seit einigen Jahren nimmt die Anzahl von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen in sozialpsychiatrischen Wohnformen deutlich zu. Dies gilt vor allem für die Borderline-Erkrankung, aber auch für andere Persönlichkeitsstörungen wie etwa Menschen mit einer zwanghaften Persönlichkeit oder dependenten Persönlichkeitsstrukturen. Doch eigentlich gibt es natürlich schon seit Bestehen der sozialpsychiatrischen Institutionen Menschen mit Persönlichkeitsstörungen in den Einrichtungen. In vielen Fällen haben diese Menschen Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis erhalten und oft wurden diese falschen Diagnosen über die Jahrzehnte der Behandlung nicht mehr hinterfragt.

Da Menschen mit Persönlichkeitsstörungen vielmals Verletzungen und Traumatisierungen in frühen Beziehungen erlitten haben, aktualisieren sich diese Beziehungsschwierigkeiten oft in therapeutischen Wohngemeinschaften besonders, da diese Wohnform deutlich an das Wohnen in der Primärfamilie erinnert. So werden nicht nur Mitarbeitende, sondern auch Mitbewohner in oft extrem kräftezehrende Übertragungsdynamiken verwickelt. Während Kliniken, die sich auf die Behand-

lung von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen spezialisiert haben, sich in vielen Fällen ihre Klienten „aussuchen“ können, sind sozialpsychiatrische Institutionen mit Klienten konfrontiert, die einen sehr hohen Hilfebedarf haben. Diese erfordern natürlich eine besondere Qualifikation der Mitarbeitenden und strukturiertere Settings als sie etwa für psychoseerfahrenen Menschen geeignet sind. Leider gibt es gegenwärtig kaum einen Erfahrungsaustausch und keine Veröffentlichungen über Erfahrungen mit Menschen mit Persönlichkeitsstörungen gerade in sozialpsychiatrischen Institutionen. Dieser wäre aber dringend notwendig, damit es der Sozialpsychiatrie möglich wird, die bereits vorhandenen und oft ausgesprochen wirkungsvollen psychotherapeutischen Behandlungsverfahren für ihre jeweiligen Settings zu adaptieren.

Schon seit Jahren gibt es Bemühungen, Spezialwohngemeinschaften zu gründen. So gibt es für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen inzwischen sicher mehrere Dutzend spezielle WGs im deutschsprachigen Raum. Anfänglich entstanden solche Projekte oft recht spontan. Hintergrund war oft der Versuch, die bisherigen Klienten zu „schützen“. Psychoseerfahrenen Bewohner erlebten die hohe Emotionalität von Borderline-Betroffenen oft als Belastung, gleichzeitig fühlten sich Borderline-Betroffene in diesen Wohngemeinschaften unterfordert. Nicht selten scheiterten diese speziellen Wohngemeinschaften und wurden wieder durchmischt. In den letzten Jahren ist eine deutliche Professionalisierung von Spezialwohngemeinschaften zu beobachten. Oft wurde zunächst ein störungsspezifisches Konzept entwickelt, Aufnahmekriterien wurden reflektiert und erarbeitet und die Mitarbeitenden wurden entsprechend geschult, zumeist im DBT-Verfahren. Es gibt verschiedene Argumente, die für solche Wohngemeinschaften sprechen, beispielsweise die bessere Qualifizierung der entsprechenden Teams und ein positiver Lerneffekt von genesenden Betroffenen untereinander, vorausgesetzt die Betroffenen übernehmen bereits einen hohen Grad an Selbstverantwortung.

Ebenso gibt es Gegenargumente, etwa das Festigen einer Borderline-Identität durch das langjährige Zusammenwohnen mit ähnlich betroffenen Menschen, sowie ein Aufschaukeln der Borderline-Symptomatik bei Betroffenen, die noch sehr in ihrer Krankheitsdynamik und dem Suchen nach Aufmerksamkeit gefangen sind. Dringend raten wir davon ab, Spezialwohngemeinschaften ohne klares Konzept und Qualifizierung der Teams zu gründen.

Beispiel Arbeit

Der Bereich der Arbeit bietet für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen sehr große Chancen, die sie jedoch aufgrund sehr akzentuierter Verhaltensweisen oft nicht nutzen können. So scheitern beispielsweise Menschen mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung immer wieder in Konkurrenzsituationen und sind mit der Erwartung, sich als Gruppenmitglied friedlich einzufügen, überfordert. Menschen mit Borderline-Störung haben häufig den Eindruck, dass ihr Leid aufgrund ihrer oft sehr guten Arbeitsleistung nicht gesehen wird, sie fühlen sich in der Zusammenarbeit mit psychoseerfahrenen Kollegen oft zu wenig verstanden und wahrgenommen. Gerade in der Gestaltung der Beziehung zu Vorgesetzten und Kollegen treten Probleme auf, die sich für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen oft ihr Leben lang wiederholen und die ihnen das Gefühl geben, nicht gewollt zu sein und nicht geschätzt zu werden. Professionellen Helfern fällt es aufgrund zu geringer Kenntnisse über Persönlichkeitsstörungen oft erstaunlich schwer, die sich entwickelnde Dynamik in der Zusammenarbeit zu verstehen und gelassen zu reagieren. Dadurch geraten die enormen Ressourcen von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen allzu häufig aus dem Blick: die große Zuverlässigkeit der zwanghaften Persönlichkeiten, der Ehrgeiz und die große Leistungsbereitschaft bei narzistischen Persönlichkeiten, Wachsamkeit und Scharfsinn bei paranoiden Persönlichkeiten oder die Bereitschaft einer schizoiden Persönlichkeit, einen Einzelarbeitsplatz zu übernehmen. Allzu häufig wird gerade bei geschützten



Andreas Knuf
Diplom-Psychologe
und Psychologischer
Psychotherapeut mit
eigener Praxis für
Psychotherapie in
Konstanz, seit 2001
tätig für die Schweizer
Stiftung Pro Mente
Sana in Zürich. Fort-
bildungen zum Thema
Empowerment und
Selbsthilfeförderung,
Borderlinestörungen
und ambulanter Psy-
chotherapie.
www.beratung-und-fortbildung.de



Arbeitsangeboten im Bereich der Sozialpsychiatrie (Werkstätten für behinderte Menschen, Zuverdienst, Arbeitsprojekte etc.) eine Anpassung an die Gruppe erwartet, der Einzelne soll sich einfügen, andere möglichst wenig stören. Genau dies kann jedoch für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen zunächst ein unüberwindliches Hindernis sein, welches ihnen den personenzentrierten Zugang zu Hilfen eben nicht ermöglicht. Bestimmte akzentuierte Verhaltensweisen werden sicherlich nicht schnell abgelegt werden, unter Druck verstärken sie sich eher noch.

Aufgabe der sozialpsychiatrischen Hilfen im Bereich Arbeit muss es daher sein, aus der Kenntnis der jeweiligen Diagnose heraus Rahmenbedingungen individuell so anzupassen, dass Menschen mit Persönlichkeitsstörungen sich angenommen und verstanden fühlen können und ihre Ressourcen in die Arbeit einbringen können. Dies kann darin bestehen, bei den häufig auftretenden Konflikten gelassen zu bleiben, individuell abweichende Lösungen zu finden (statt „das machen wir hier nie so...!“) und nicht zuletzt in der Anregung spezifischer Selbsthilfestrategien sowie im Anknüpfen an individuellen Ressourcen. So können mit der narzisstischen Persönlichkeit Wege der Selbstdarstellung erarbeitet werden, die für andere Kollegen nicht kränkend sind (beispielsweise gegenüber hauptamtlichen Mitarbeitern, die sich das gerne und voller Bewunderung anhören). Die paranoide Persönlichkeit kann mit Überwachungs- und Prüfaufgaben beschäftigt werden und erhält selbstverständlich Einblick in alle Vorgänge rund um den Arbeitsauftrag und die eigene Person (Berichte an Leistungsträger etc.). Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung erhalten auch dann zusätzliche kurze Pausen und Gespräche mit ihrer Bezugsperson, wenn sie nicht durch Selbstverletzungen auffallen, sondern durch ihre hervorragende Arbeit.

Vernetztes sozialpsychiatrisches Arbeiten

Eine professionelle Arbeit mit Menschen mit Persönlichkeitsstörungen erfordert noch mehr

als bei manchen anderen Krankheitsbildern ein vernetztes Arbeiten und zwar sowohl innerhalb eines Teams, wie auch über die Teamgrenzen hinaus mit anderen Institutionen. Für die gute Vernetzung innerhalb eines Teams ist nach unserer Erfahrung eine gute Beziehungspflege, regelmäßige Supervision und gemeinsame Fortbildung notwendig. Dabei ist es wenig hilfreich, einzelne Mitarbeitende in unterschiedlichen Verfahren zu qualifizieren. Nicht die Mitarbeitenden brauchen Fortbildung, sondern die Teams!

Daher gewinnen einrichtungsinterne Fortbildungen eine hohe Bedeutung und ebenso Verfahren, die für alle Berufsgruppen nutzbar sind. Die Dialektisch Behaviorale Therapie zur Behandlung von Borderline hat sich früh um diese berufsgruppenübergreifende Fortbildung bemüht und bietet entsprechende Seminare seit Jahren an (www.dachverband-dbt.de), in neuester Zeit ebenfalls STEPPS (www.dachverband-stepps.de). Ohne eine ausreichende Supervision ist die Arbeit mit Menschen mit Persönlichkeitsstörungen nicht möglich, zu groß ist die Gefahr, sich in Beziehungsdynamiken zu verstricken und der emotional anspruchsvollen Arbeit längerfristig nicht gewachsen zu sein. Leider haben viele sozialpsychiatrische Teams heute nur unzureichende Supervision. Vor allem im betreuten Einzelwohnen stellt sich dadurch für viele Mitarbeitende eine fast nicht tragbare Herausforderung, denn dort fehlt oft auch eine unterstützende Intervention. Hier ist nicht selten nur ein einzelner Mitarbeiter über längere Zeit für die Betreuung zuständig und hat gar keine Kollegen mehr, die den Klienten ebenfalls kennen und mit denen er sich kollegial beraten könnte.

Vernetzung bezieht sich aber auch auf die Zusammenarbeit verschiedener Institutionen. Heute gelingt die Zusammenarbeit zwischen stationären und ambulanten Angeboten weiterhin nur unzureichend. So lernen etwa Borderline-Klienten in Spezialkliniken sehr hilfreiche Selbsthilfestrategien, die in nachbehandelnden sozialpsychiatrischen Settings nicht wieder aufgegriffen werden. Sozialpsychi-

atrische Einrichtungen beklagen, dass bei nötig werdenden Klinikneweisungen von Seiten der Klinik zu wenig auf die ambulant behandelnden Institutionen gehört wird, Kliniken beklagen Probleme in der Nachbehandlung. Seit einigen Jahren gründen sich lokale Netzwerke, an denen im Idealfall die lokalen Kliniken, niedergelassene Psychotherapeuten sowie sozialpsychiatrische Institutionen beteiligt sind. Modelle gibt es beispielsweise in Darmstadt, Hamburg, Berlin, Warstein und zukünftig auch in Stuttgart.

Daneben braucht es aber auch in der Arbeit mit Menschen mit Persönlichkeitsstörungen eine triologische Perspektive. Diese steckt momentan noch in den Kinderschuhen, entwickelt sich aber kontinuierlich. Anja Link, die die Borderline Trialog- und Kontaktstelle in Nürnberg leitet, zeigt in ihrem Artikel wie sich, angelehnt an den Ansatz der Psychoseminare, im deutschsprachigen Raum bereits zahlreiche lokale Borderline-Triologe gegründet haben. Nach unserer Erfahrung sind gegenwärtig vor allem die Angehörigen zu wenig im Blick der professionell Tätigen. Angehörige von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen sind oft weiter gefasst als etwa bei Psychosebetroffenen. Neben Familienangehörigen und Partnern geraten oft auch Mitbewohner, Freunde und Freundinnen, Arbeitskollegen usw. in Positionen, in denen sie emotional sehr beteiligt sind und Unterstützung für den Umgang mit dem Betroffenen aber auch für sich selbst benötigen. Erste spezielle Angehörigengruppen haben sich inzwischen gegründet und erleben einen großen Zulauf.

Sozialpsychiatrisches Arbeiten bietet besonders gute Möglichkeiten für die Unterstützung von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen. Vor allem die häufig über sehr lange Zeiträume mögliche personelle Kontinuität in der Begleitung ist eine ideale Grundlage. Auch der personenzentrierte Zugang der Sozialpsychiatrie erleichtert die Zusammenarbeit mit Menschen mit Persönlichkeitsstörungen, da auf dieser Basis individuelle Lösungen gestrickt werden können. Sozialpsychiatrisch Tätige

haben in der Regel Erfahrung damit, auch mit Menschen zu arbeiten, die zunächst keine Einsicht in ihre Probleme haben und keine Behandlungsbereitschaft zeigen. Notwendig ist jedoch eine in der Sozialpsychiatrie noch wenig verbreitete, störungsspezifische Ausrichtung und Qualifizierung der Mitarbeitenden. Damit ist gemeint, dass neben diagnoseübergreifenden, grundlegenden Haltungen auch störungsspezifisches Wissen über Bewältigungsmög-

lichkeiten, Selbsthilfestrategien und Therapieverfahren vorhanden sein sollte. Unsere Erfahrung zeigt deutlich, dass störungsspezifische Fortbildungen und Qualifizierungen von Mitarbeitenden als sehr hilfreich erlebt werden und geeignet sind, Gefühlen von Unsicherheit, Hilflosigkeit oder Überforderung vorzubeugen. Auf dieser Grundlage wird die Arbeit mit Menschen mit Persönlichkeitsstörungen nicht mehr als kräftezehrend und schwierig erlebt,

sondern als Bereicherung. Die notwendige Qualifizierung von Mitarbeitenden und Teams, das vernetzte Arbeiten im Verbund sowie die trialogische Perspektive sind qualitative Verbesserungen sozialpsychiatrischer Arbeit, die nicht nur den Menschen mit Persönlichkeitsstörungen, sondern allen Klientinnen und Klienten im sozialpsychiatrischen Bereich zugute kommen. ●

Betreuung von Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

Über die Zusammenarbeit zwischen sozialtherapeutischem Wohnheim und Klinik

Von Rosemarie Schmidt und Ewald Rahn

Die Betreuung von Borderline Betroffenen in soziotherapeutischen Einrichtungen stellt eine Herausforderung dar, für die es noch kaum tragfähige und bewährte Konzepte gibt. In der Klinik bildeten Menschen mit emotionaler Instabilität (Borderline-Persönlichkeitsstörung) schon lange die größte Gruppe persönlichkeitsgestörter Patienten. Deren Anteil steigt weiter, zumal sich nach vielen Schwierigkeiten durch die Einführung neuer Behandlungsmethoden die Versorgungssituation verbessert hat und damit auch die Nachfrage nach Hilfe größer wird. Nach wie vor ist dabei aber der Anteil Betroffener mit langfristigem Betreuungsbedarf hoch und so verwundert nicht, dass auch die Anmeldungen von Borderline Betroffenen in soziotherapeutischen Einrichtungen insgesamt steigen. Daraus resultieren für die soziotherapeutischen Einrichtungen neuen Anforderungen in Hinblick auf Haltung und Konzeptionen.

Die Komplexität der Arbeit mit Menschen mit Persönlichkeitsstörungen macht eine gute lokale Vernetzung von stationären und soziotherapeutischen Einrichtungen notwendig. Im Folgenden berichten wir über unsere Erfahrungen in einem solchen lokalen

Netzwerk, nämlich zwischen der Klinik Warstein und dem Christophorushaus in Lippstadt. Wie viele andere soziotherapeutische Einrichtungen war auch das Christophorushaus in Lippstadt mit steigenden Aufnahmen von Borderline Betroffenen konfrontiert. Daraus entstand im Dezember 2007 das Projekt eines neuen Wohngruppenhauses mit einem entsprechenden Schwerpunkt. Für die Gruppen wurde ein eigenes Betreuungsteam zusammenge stellt. Im Vorfeld beteiligten sich die Teammitglieder an Fortbildungen und an der Erarbeitung einer Konzeption, die natürlich auf den bisherigen Erfahrungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aufbaute. Im Rahmen dieser Vorbereitungen kamen auch die ersten spezifischen Kontakte mit der Klinik zustande. Die zuständige Klinik verfügt schon seit über 10 Jahren über einen Schwerpunktbereich zur Therapie von persönlichkeitsgestörten Patienten. Die beiden Stationen, die sich auf diese Fragestellung konzentriert haben, arbeiten nach einem kognitiv verhaltenstherapeutischen Konzept (DBT), wobei auf einer Station dieses Programm für Menschen mit zusätzlicher Intelligenzminderung adaptiert ist. Es lag also nahe, bei dem Wohnheimprojekt mit diesen Stationen eng

zusammenzuarbeiten. Eine solche Zusammenarbeit gelingt aber nicht selbstverständlich, zu unterschiedlich sind die Aufgaben- und Fragestellungen in den Einrichtungen. Vor allem die Zeiträume der Betreuung unterscheiden sich deutlich. Steht in der Klinik die Therapie im Vordergrund, spielen in soziotherapeutischen Einrichtungen die Beziehungsgestaltung und die Bewältigung des Alltags eine viel größere Rolle. Zudem ist der Anteil von Betroffenen mit schwereren Handicaps, beispielsweise mit ausgeprägten Verhaltensstörungen oder hohem Hilfebedarf, in soziotherapeutischen Einrichtungen höher als in der Klinik, was zu einer Verdichtung der Probleme beiträgt. Außerdem ist in soziotherapeutischen Einrichtungen die Gefahr besonders groß, dass sich die Betroffenen mit ihrer Symptomatik gegenseitig triggern.

Wenn eine Zusammenarbeit nicht selbstverständlich gelingt, dann ist eine Haltung von gegenseitigem Respekt und Achtung vor den Unterschieden eine zentrale Voraussetzung für eine gute Zusammenarbeit. Diese Haltung wird am besten durch persönliche Kontakte vermittelt. So bildete die Hospitation der Wohnheimmitarbeiterinnen und -mitarbeiter



Rosemarie Schmidt,
Diplom Pädagogin und
Systemische Beraterin,
leitet seit 1989 den
Wohnverbund Christo-
phorushaus in Lipp-
stadt, Träger ist das
Sozialwerk St. Georg
e.V. in Gelsenkirchen.
Email: r.schmidt@
sozialwerk-st-georg.de



Ewald Rahn
Arzt für Nervenheilkunde und Psychotherapeut, stellvertretender Leiter der LWL-Klinik Warstein. Er veröffentlichte bereits mehrere Bücher zum Thema Borderline und schrieb gemeinsam mit Angela Mahnkopf das Lehrbuch Psychiatrie für Studium und Beruf.

in der Klinik einen ersten und wichtigen Schritt. Sie diente einem doppelten Zweck. Die Arbeit in der Klinik sollte transparent werden und außerdem sollten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter persönliche Kontakte knüpfen. Bei der Auswertung der Hospitation durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Wohneinrichtung wurde vor allem die weit reichende Systematik hervorgehoben, von der die Arbeit in der Klinik geprägt ist.

Als nächster Schritt erfolgte ein Wissenstransfer im Rahmen einer Fortbildung. Hierbei wurden Grundlagen über die gegenwärtigen Krankheitskonzepte, die Arten hilfreicher Haltungen und die Prinzipien der Therapie vermittelt. Die Mitglieder des Betreuerteams wurden sowohl in Workshops als auch durch praktische Anleitung in der LWL-Klinik Warstein intensiv auf ihre zukünftige Aufgabe vorbereitet.

Alle Teammitglieder verfügten zu Beginn des Projekts über ein breites Spektrum theoretischer Grundlagen im Hinblick auf eine professionelle und kompetente Betreuung dieses Personenkreises. Dabei erfolgte der Wissenstransfer vor allem aus der klinischen Perspektive, mit all den Einschränkungen, die bei einer solchen Übertragung berücksichtigt werden müssen. So wurde an dieser Stelle nochmals deutlich, dass es eine sozio-therapeutische Konzeption zum Umgang mit Borderline Kranken eigentlich noch nicht gibt.

Nach der Fortbildung begann dann die konkrete Arbeit in den Wohngruppen, wobei sich die Teammitglieder mit viel Optimismus und offen für neue Erfahrungen der Arbeit zuwandten. Die Unterstützung durch die Klinik erfolgte jetzt im Rahmen einer regelmäßigen Supervision. Diese fortlaufende Unterstützung bewährte sich dann in der Folgezeit insbesondere bei der Krisenbewältigung und der Auswertung von Kriseninterventionen in der Klinik. Die Erfahrungen zeigten, wie wichtig bei der Krisenbewältigung feste und verbindliche Absprachen mit allen Beteiligten sind. So war es immer hilfreich, wenn das Ziel der Krisenintervention aber auch

deren Dauer vereinbart wurden. Um zu verhindern, vom Krisengeschehen alleine eingenommen und bestimmt zu werden, diente die Kooperation zwischen Klinik und Wohnheim an dieser Stelle auch der Einbettung der Krisenintervention in einen längerfristig angelegten Entwicklungsplan. Diese Einbettung konnte dann besonders gut erreicht werden, wenn mit allen Beteiligten eine sorgfältige Auswertung der Krisen erfolgte. Wie zu erwarten konzentrierte sich schon bald nach dem Beginn des Projektes die Aufmerksamkeit auf die Beziehungsgestaltung, wobei nicht alleine die Helfer-Klient-Beziehungen die Dynamik bestimmten, sondern auch die Beziehungen der Klienten untereinander, was schon bald zu „Krisen“ führte. Obwohl das „Handwerkszeug“ für ein ressourcenorientiertes Vorgehen vorhanden war, trat bei der Betreuung der Klientinnen und Klienten der Störungsaspekt von Beginn an in den Vordergrund, während der Ressourcenaspekt eher vernachlässigt wurde. Beispielsweise kam es anfangs bei zwei miteinander liierten Bewohnerinnen zu emotional hochgeladenen Beziehungskonflikten und Eifersuchtsszenen.. Daraus entstand eine Dynamik, denen sich die Mitarbeiter kaum entziehen konnten, weil sie von den Betroffenen wiederholt in das Beziehungsgeschehen hineingezogen wurden. Von außen betrachtet entstand bald der Eindruck eines reaktiven permanenten Krisenmanagements durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die damit in Gefahr gerieten, den Entwicklungs- und Ressourcenaspekt aus den Augen zu verlieren. Verschiedene Krisensituationen führten dann auch zu Notaufnahmen in der Klinik. Auch wenn diese Aufnahmen in gewisser Weise entlastend waren, nutzten einige Bewohnerinnen und Bewohner diese Möglichkeiten zur Vermeidung. An dieser Stelle bewährte sich die Zusammenarbeit, weil solche Muster nur durch klare Absprachen zu verändern sind. Daraus entwickelte sich für einige Betroffene ein Regelwerk, in das etwa die Gründe für eine Klinikaufnahme aufgenommen wurden. Hier bestätigte sich einmal mehr, dass die Hilfe bei Borderline Betroffenen am besten

einer Verhandlungsethik folgt. Um Differenzen über die Notwendigkeit der stationären Aufnahme zu vermeiden, wurde vereinbart, dass der Einschätzung der Wohnheimmitarbeiter von Seiten der Klinik zunächst vertraut wird und eine „unproblematische“ Aufnahme in der Klinik erfolgt. Bei der praktischen Umsetzung dieser Vereinbarung kam es aber an manchen Stellen zu Schwierigkeiten, weil die Informationen bei der komplexen Organisation der Klinik nicht immer genügend transparent gemacht werden konnten. Beispielsweise verursachte die Aufteilung des klinischen Angebotes auf zwei Standorte immer wieder Probleme beim reibungslosen Ablauf der Aufnahmen. Auch die Regeln bei der Aufnahme auf den Stationen mit spezifischen Angeboten waren nicht in jedem Fall mit den Notwendigkeiten bei der Krisenintervention in Einklang zu bringen. Im Großen und Ganzen waren diese Probleme bei der Koordination zwischen Wohnheim und Klinik durch die persönlichen Kontakte zwischen den Mitarbeitern von Klinik und Wohnheim zu lösen.

Die Verlässlichkeit der Vereinbarungen wurde aber nicht immer erreicht, da sich innerhalb des Teams zunehmend Unsicherheiten und Ängste entwickelten. Die Befürchtung heftiger Reaktionen von Seiten der Klientinnen und Klienten verhinderte eine angemessene Auseinandersetzung mit Vereinbarungsinhalten. So provozierte eine Klientin zunächst ihre Aufnahme in die Klinik, dort aber regelmäßig eine Fixierung. Nach der Krisenintervention äußert sie dann Vorwürfe, es werde nicht richtig mit ihr umgegangen. Diese Ambivalenz gegenüber der Art der Krisenintervention erzeugte spiegelbildlich Unsicherheit über die Art der Krisenintervention auch bei den Mitarbeitern des Wohnheimes. Es gelang jedoch in diesem Fall nicht, mit der Betroffenen ein anderes Vorgehen zu vereinbaren, was in der Krise von Bestand hatte, sodass sich bei der Aufnahme mehrfach der gleiche Ablauf wiederholte und kein konstruktiveres Vorgehen gefunden werden konnte.

Gerade aus der Dynamik in den

Beziehungen der Klientinnen und Klienten untereinander resultierten erhebliche emotionale Belastungen für die Teammitglieder. Das subjektive Erleben der Teammitglieder war schließlich gekennzeichnet von dem Gefühl „sich abzuarbeiten“ ohne Erfolg zu sehen und dafür von der Leitung noch kritisiert zu werden. Die Belastungen wurden dann für einige Mitglieder des Teams (inklusive der Teamleitung) so hoch, dass sie aus dem Team ausschieden.

Die neue Teamleitung und das „neue“ Team standen dann zunächst vor der schwierigen Aufgabe, die emotionalen Irritationen im Team aufzuheben, die bisherigen Erfahrungen auszuwerten und eine Weiterentwicklung der Konzeption voranzutreiben. Durch den Weggang von Wohnheimmitarbeitern kam es auch bei einer Reihe von Bewohnern zu Krisen (Unterbrechung der Betreuungs-kontinuität). Diese Bewohner transportierten dann ihre subjektive Sicht der Situation im Wohnheim in die Klinik, was die Kooperation auf die Probe stellte. An dieser Stelle bewährte sich dann die bisherige Zusammenarbeit, weil so die Mitarbeiter der Klinik an einer Deeskalation mitarbeiten konnten.

Welche Schlussfolgerung konnte aus dieser Entwicklung geschlossen werden? Es zeigt sich, dass bei der Betreuung emotional instabiler Menschen die Beziehungsgestaltung (Empathie) alleine nicht ausreicht, um zu einer konstruktiven Zusammenarbeit zu kommen. Bewährt hatten sich dagegen vor allem gemeinsame Vereinbarungen, die der Beziehungsgestaltung, der Übernahme von Eigenverantwortung, der Krisenbewältigung, der Formulierung von positiven Entwicklungszielen und der Grenzsetzung dienen. Die Konzentration auf die Krisen der Bewohner hatte zu einer Vernachlässigung des Ressourcenaspaktes geführt. Es musste daher ein Weg gefunden werden, dass der kontinuierlichen Entwicklung der Bewohner mehr Beachtung geschenkt werden kann. Es bestand Einigkeit darüber, dass dies ein systematischeres Vorgehen erfordert.

Gerade die Notwendigkeit, systematisch positive (Entwicklungs-)ziele zu erarbeiten bildete die Grundlage, die Zusammenarbeit zwischen Wohneinrichtung und Klinik im Rahmen des Stepps-Programms nochmals zu vertiefen. Stepps ist ein aus den USA stammendes Fertigkeitstraining für Borderline Patienten. Es handelt sich um ein ambulantes Programm über 20 Wochen. Im Rahmen des Programms werden die Krankheit erklärt, Fertigkeiten im Umgang mit Emotionen und Verhaltensfertigkeiten vermittelt. Ein besonderes Element dieses Programms ist, dass die Helfer (professionelle Helfer ebenso wie Freunde und Angehörige) in das Programm einbezogen werden.

Als verbindendes Glied zwischen allen Beteiligten dient die „gemeinsame Sprache“. Damit ist die Verbesserung der Kooperation zwischen Betroffenen und Helfern eins der zentralen Ziele dieses Programms. Die Grundidee war daher, Stepps einzusetzen, um den Betroffenen eine konstruktivere Nutzung der soziotherapeutischen Hilfen zu ermöglichen, den Betreuungsaufwand zu reduzieren und Krisen zu vermeiden. Stepps stellt dabei kein umfassendes Therapieprogramm dar, sondern kann mit allen möglichen Formen der Hilfe kombiniert werden. Zudem ist das Programm so stark strukturiert, dass auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ohne psychotherapeutische Ausbildung im engeren Sinne die Gruppen leiten können. All diese Merkmale wiesen Stepps als für diese Fragestellung geeigneten Ansatz aus. Nach einer Trainerausbildung startete die erste Gruppe, die dann im Sinne der Zusammenarbeit zunächst von Wohnheim- und Klinikmitarbeiter geleitet wurde. Diese institutionsübergreifende Arbeit an einem inhaltlichen Angebot vertiefte nochmals die Zusammenarbeit zwischen den beiden Institutionen, weil damit auch ein Transfer von Inhalten und Haltungen ermöglicht wird. So können die Mitarbeiter der Klinik darauf vertrauen, dass die Arbeit in der Klinik im Wohnheim ihre Fortsetzung finden wird. Aber auch die Betroffenen spüren viel mehr die Gemeinsamkeit, zumal sie über die gemeinsamen

Inhalte erfahren, dass sich die Helfer in Klinik und Wohnheim miteinander austauschen und gemeinsam am Fortkommen der Betroffenen arbeiten. Zudem wird das Bild nicht mehr in erster Linie vom Erleben der krisenhaften Zuspitzungen geprägt, denn auch die übergreifenden Ziele und Entwicklungen werden von allen getragen. So gelingt es auch besser, die Krisen auszuwerten und angemessen einzuordnen. Durch das gemeinsame Projekt erhöht sich auch die Chance, im Umgang den gegenseitigen Respekt zu erhöhen. Vielleicht ist dieser Respekt der größte Unterschied, der durch das Projekt erreicht werden wird. Trotz oder gerade durch die oben beschriebene krisenhafte Zuspitzung hat sich bis zu diesem Zeitpunkt daher die Zusammenarbeit zwischen soziotherapeutischer Einrichtung und Klinik bewährt, weil damit ein gemeinsames Lernfeld erschlossen wird, wie in einem gegliederten subdifferenzierten Versorgungssystem Menschen mit emotionaler Instabilität optimal versorgt werden können.

Fasst man die bisherigen Erfahrungen zusammen, lässt sich sagen:

- Es fehlt eine evaluierte und erprobte Konzeption zur soziotherapeutischen Versorgung von Menschen mit emotional instabiler Persönlichkeit.
- Die klinischen Erfahrungen mit strukturierten, programmatisch aufgebauten und zeitlich begrenzten Therapieprogrammen können nicht ohne Weiteres auf soziotherapeutische Einrichtungen übertragen werden.
- Gerade bei der Krisenintervention sind klare strategisch angelegte Vereinbarungen zwischen den beteiligten Einrichtungen von zentraler Bedeutung.
- In der soziotherapeutischen Versorgung spielen die Beziehungen der Betroffenen untereinander eine große, nicht immer konstruktive, Rolle. Dies muss bei der Planung der Einrichtungsstruktur und der Tagesabläufe Berücksichtigung finden. Die Bewohner müssen ausreichende Rückzugsmöglichkeiten haben, um sich vor Trigger-Situationen zu schützen. Außerdem muss der Entwicklung einer „Borderline“ Subkultur vorgebeugt werden. Dazu dienen



Rainer Sachse
Prof. Dr., Institut für
Psychologische Psy-
chotherapie
Prümerstr. 4
44787 Bochum
www.ipp-bochum.de

unter anderem auch Angebote, die dem allgemeinen Fortkommen dienen (Arbeit, Schule, Verpflichtungen etc.)

- Die emotionale Belastung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in soziotherapeutischen Einrichtungen ist im Umgang mit dem Klientel ungleich höher.
- Die Betroffenen brauchen systematische Hilfen, um von soziotherapeutischen Hilfen profitieren zu können (etwa im Rahmen von Stepps Gruppen).
- Die Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen braucht eine systematische Pflege. Dies beinhaltet die Pflege persönlicher Kontakte ebenso, wie die gemeinsame Arbeit an Inhalten und Zielen. Der Kontakt sollte von Respekt getragen, die Unterschiede akzeptiert und die Zusammenarbeit durch konkrete Vereinbarungen gestützt werden.
- Auch in soziotherapeutischen Einrichtungen muss die Zusammenarbeit mit den Betroffenen auf Vereinbarungen basieren. Die Vereinbarungen dienen dabei der Kontinuität der Betreuung und sollten nicht als Kündigungsk-

riterien formuliert werden. Dazu gehört zu Anfang der Betreuung eine umfassende Information jedes Klienten und jeder Klientin zu den Strukturen der Einrichtung, zum Leistungsangebot und zu Betreuungsinhalten und -zielen. Gelingt es nicht, zu solchen zuverlässigen Vereinbarungen zu kommen, ist der Erfolg der Hilfe erheblich gefährdet. Dies gilt für die klinische Versorgung ebenso, wie für die rehabilitativen Angebote.

- Vereinbarungen müssen fortlaufend gepflegt werden, damit die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aber auch die zu betreuenden Menschen die Ziele der Betreuung nicht aus den Augen verlieren. Vereinbarungen bewähren sich, wenn sie sehr konkrete, klar formulierte und alltagstaugliche, am Leistungsangebot der Einrichtung orientierte Punkte beinhalten. Sie basieren im Wesentlichen auf der Eigenverantwortung des Betroffenen. Dies gibt beiden Seiten Sicherheit und Orientierung und fördert Vertrauen in die Beziehungsgestaltung. Die Vereinbarungen sollten sich stets an den

individuellen Ressourcen und Zielen der Klienten und Klientinnen orientieren und nicht der Erfüllung fremder Erwartungen dienen. Vereinbarungen sollen positive Entwicklungsziele benennen, damit für die Betroffenen der Erfolg der eigenen Bemühungen sichtbar und spürbar wird.

- Unerlässlich sind auch klare Regeln zur Krisenintervention, die institutionsübergreifend vermittelt werden müssen. .
- Zeitliche Vereinbarungen hinsichtlich Dauer und Häufigkeit von Kontakten sollten ebenfalls konkret festgelegt werden. Somit laufen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weniger Gefahr, für Klientinnen und Klienten als Ersatz für andere fehlende Beziehungen gesehen zu werden oder sich in Kontakten zu verlieren.
- Hilfen für emotional instabile Menschen erfolgen am besten in Netzwerken, die sich gerade in Krisensituationen bewähren. Netzwerke dienen auch der Vermittlung von Haltungen, der Koordination verschiedener Angebote, aber auch der kollegialen Beratung und Unterstützung. ●

Der Umgang mit Menschen mit Persönlichkeitsstörungen

Von Rainer Sachse

1. Das Problem: die Interaktion

Persönlichkeitsstörungen sind im Kern Störungen der Interaktion, der Beziehung oder der Beziehungsgestaltung, also Beziehungsstörungen. Persönlichkeitsstörungen entstehen in der Biografie einer Person als „Lösungen“ für schwierige Interaktionssituations. Man kann sich fragen, warum es überhaupt ein Problem ist, wie man mit Menschen, die einen ausgeprägten Persönlichkeitsstil oder eine Persönlichkeitsstörung aufweisen, umgehen soll. Ein „Persönlichkeitsstil“ ist eine leichte Ausprägung der Charakteristika, die als starke Ausprägung eine Störung determinieren. Wann und wo ein Stil in eine Störung übergeht, ist wissenschaftlich

nicht eindeutig bestimmbar.

Was impliziert, dass diese Menschen „schwierig“ sind – sind sie es? In der Regel: ja. Dies liegt daran, dass Persönlichkeitsstörungen (PD) oft mit einem so genannten „intransparenten Interaktionsverhalten“ verbunden sind: Menschen, die eine Persönlichkeitsstörung aufweisen, neigen dazu, Interaktionspartner in hohem Maße zu manipulieren. Dabei ist mit „Manipulation“ keine Abwertung gemeint: „Manipulation“ meint, dass man versucht, wichtige Ziele mit Hilfe so genannter „Images“ („Bilder“) oder Appelle zu erreichen: man stellt sich beispielsweise als schwach oder hilflos dar (Image) und erwartet dann, dass der Interaktionspartner einem

hilft, einen schont, Verantwortung übernimmt (Appell). Dabei ist man aber keineswegs schwach und hilflos, aber der Interaktionspartner soll dies glauben – er wird somit über den Zustand und die Ziele getäuscht. Menschen mit einem so genannten narzisstischen Persönlichkeitsstil vermitteln dabei beispielsweise oft ein Bild, besonders toll, leistungsfähig, intelligent, erfolgreich zu sein und sie „spannen“ andere in hohem Maße für eigene Ziele ein. Oft beanspruchen sie „Sonderrechte“ für sich und zwar so, dass den Interaktionspartnern dies zwar merkwürdig vorkommt, sie sich aber dennoch nicht ohne weiteres dagegen wehren können. Menschen mit Persönlichkeitsstörungen entwickeln demnach Verhaltensweisen,

die andere Menschen dazu veranlassen, sich in bestimmter Weise ihnen gegenüber zu verhalten. Ihr Verhalten ist jedoch meist nicht offen, denn die Person glaubt aufgrund ihrer Erfahrung in der Vergangenheit, dass offenes, durchschaubares, authentisches Verhalten nicht zum Erfolg führt. Hintergrund sind meist sehr negative Annahmen über sich selbst und über Beziehungen (sogenannte Schemata), die die Person im Laufe ihres Lebens entwickelt hat. Hat eine Person zum Beispiel ein negatives Selbstschema, dann reagiert sie schnell und heftig auf alle Verhaltensweisen von Interaktionspartnern, die sich im Sinne des Schemas interpretieren lassen.

Genau darum geht es zentral bei einer Persönlichkeitsstörung: Eine Person hat ungünstige Annahmen von sich selbst, zum Beispiel: „um Aufmerksamkeit zu erlangen, muss ich andere aktiv dazu veranlassen, mich wahrzunehmen“. Und letztlich entwickelt diese Person unoffene, manipulative Strategien, um dieses Ziel zu erreichen. Dieser Prozess ist der Kern einer Persönlichkeitsstörung.

Man kann mit so genannten „positiven“ oder „negativen“ Strategien manipulieren. Positive Strategien sind solche, die auf den Partner erstmal positiv wirken, langfristig aber „nerven“. Dies sind Strategien wie „unterhaltsam sein“, „besonders sein“, „erotische Ausstrahlung haben“ u.a. Negative Strategien sind solche, die sozial stark zwingend sind, die dem Partner aber eher unangenehm sind. Negative Strategien sind zum Beispiel Symptomproduktionen: man „hat“ Kopfschmerzen, damit der Partner zuhause bleibt; man hat Ängste, damit die Partnerin einen ständig begleitet u.a. Dabei möchte der Partner eigentlich nicht darauf eingehen, fühlt sich aber moralisch dazu verpflichtet.

Man muss nach der „social-impression-management-theory“ (vgl. Mumendey, 1995) annehmen, dass Manipulation ein normales Verhalten ist – jeder manipuliert bisweilen! Manipulation an sich ist demnach nicht das Problem – das Problem ist das Ausmaß der Manipulation: Personen mit

PD manipulieren weitaus häufiger und stärker und zwar umso mehr, je ausgeprägter ihre PD ist.

Das Problem beginnt, wenn das Handeln nicht mehr „reziprok“ ist. Wenn jemand so stark manipuliert, dass der Partner sich stark kontrolliert, eingeschränkt, gegängelt fühlt und den Eindruck hat, dass seine Bedürfnisse nicht mehr wahrgenommen werden, die Beziehung also nicht mehr ausgeglichen (reziprok) ist. In diesem Fall hat der Partner das Gefühl, dass er ständig etwas tun muss, Rücksicht nehmen muss o.ä.; dass er aber wenig zurückbekommt, denn wenn er mal etwas möchte, dann kann der andere gerade nicht. Dies erzeugt auf Dauer Unzufriedenheit und Ärger! Und dadurch erzeugt manipulatives Handeln – langfristig – hohe interaktionale Kosten (der Partner wird ärgerlich, fängt an, zu kritisieren, wird unzufrieden oder droht mit „Kündigung“ der Beziehung). Klienten mit Persönlichkeitsstörungen nehmen oft wahr, dass sie hohe Kosten haben. Sie haben ständige Interaktionsprobleme, Konflikte, Stress am Arbeitsplatz oder gesundheitliche Einbußen. Sie erkennen aber selten, dass diese Kosten durch ihre eigenen Schemata und Verhaltensweisen entstehen. Menschen mit Persönlichkeitsstörungen empfinden sowohl ihre Schemata, als auch ihre Strategien als in hohem Maße nachvollziehbar. Die Aufgabe professioneller Helfer muss also sein, Klienten darauf aufmerksam zu machen, wie ihr Problem funktioniert und dass sie selbst einen (oft beträchtlichen) Anteil an ihrem Problem haben.

Im Alltag kann es einem leicht passieren, dass man manipuliert wird: eine Kollegin stellt sich als überlastet dar und halst einem damit Arbeit auf; der Chef spricht ein Lob aus und schiebt einem damit sofort Arbeit zu; jemand stellt sich als toll dar und veranlasst einen, ihm eine Stunde lang zuzuhören; jemand ist „krank“ und bringt einen dazu, Verantwortung zu übernehmen usw. Dies kann einem mit Partnern passieren, indem diese z.B. das so genannte „Blöd-Spiel“ spielen: „Schatz, ich kann die Waschmaschine nicht bedienen. Sollte ich

es dennoch tun müssen, könnte ich die Wäsche ruinieren. Schatz, du bist der perfekte Waschmaschinen-Bediener. Und bei dir wird die Wäsche toll. Also solltest du die Wäsche waschen.“

Es kann Ihnen aber auch am Arbeitsplatz passieren, dass Ihnen Verantwortung und unangenehme Aufgaben zugeschoben werden. Prinzipiell ist man nie gegen Manipulation gefeit. Manipulationen sind auch in professionellen Beziehungen denkbar, z.B. indem ein Klient sich als extrem hilflos darstellt, damit der Helfer Verantwortung übernimmt, verfügbar ist o.ä.

2. Wie man damit umgehen kann

Um mit dem Problem einer intransparenten Interaktion oder Manipulation umgehen zu können, muss man sie zuerst bemerken. Denn, wenn Sie gar nicht bemerken, dass ein „Spiel“ läuft, können Sie natürlich auch gar nichts dagegen tun. Um es zu bemerken, sollten Sie aufmerksam sein und sich zwei Fragen stellen:

- Was möchte der Interaktionspartner, was ich über ihn denke und glaube? Welches Bild soll ich von ihm haben?
- Was möchte der Interaktionspartner, das ich tue oder nicht tue?

Man muss sich damit selbst Klarheit darüber verschaffen, was man denken und glauben – und, was man tun oder lassen sollte. Da Manipulationen oft verdeckt ablaufen, erkennt man diese oft nicht direkt am Text: natürlich sagen einem die Manipulierenden nicht direkt, was sie vorhaben. Man muss es vielmehr aus dem Handeln erschließen. Man muss das Verhalten des anderen „auf sich wirken lassen“, sich diese Fragen stellen und darauf achten, was einem auffällt. Es ist in hohem Maße die Fähigkeit, „zwischen den Zeilen zu lesen“, also zu gucken, was jemand tut, wie er sich darstellt und sich zu fragen, was er wohl wollen – und worauf er wohl positiv reagieren könnte. Dann entsteht Strich für Strich ein Bild und man gewinnt Klarheit über das Spiel. Menschen mit Persönlichkeitsstörungen verfügen neben manipulativen Strategien oft gar nicht mehr über authentisches, positives, angemessenes Al-

Literatur

Rainer Sachse (2007): Wie manipuliere ich meinen Partner – aber richtig? Stuttgart: Klett-Cotta.

Rainer Sachse (2006): Persönlichkeitsstörungen verstehen. Zum Umgang mit schwierigen Klienten. Psychiatrie Verlag

Mumendey, H.D. (1995): Psychologie der Selbstdarstellung. Göttingen: Hogrefe

ternativverhalten. So trauen sich viele Klienten nicht mehr, ihre Bedürfnisse offen zu äußern, aus Angst, dann abgelehnt zu werden.

Als zweites sollte man sich fragen:
 - ob man dem Bild folgen will, ob man das, was man glauben soll auch glauben will, oder ob es andere Evidenzen gibt, die etwas anderes sagen (z.B. ob es Hinweise gibt, die zeigen, dass die Person gar nicht so schwach ist) und
 - ob man das, was man tun soll, überhaupt tun will.

Hier ist es wichtig, sich diese Frage bewusst zu stellen. Sonst „saugt“ Sie das Spiel automatisch in seinen Bann. Will man es nicht mitspielen, dann hilft nur bewusste Entscheidung und bewusste Kontrolle. Dies bedeutet, dass man „auf der Hut“ sein muss und immer bewusst entscheiden muss, wie man sich verhalten sollte, um nicht manipuliert zu werden. Ist einem klar, dass man das Image nicht glaubt und dem Appell nicht folgen will, dann sollte man eine „Doppelstrategie“ realisieren: Man bleibt auf der Beziehungsebene freundlich, macht aber klar, dass man nicht „in das Spiel“ einsteigt.

Das heißt zuerst einmal sollte man freundlich bleiben, denn Personen mit PD manipulieren, weil sie dies in ihrer Biographie gelernt haben und merken das oft gar nicht mehr. So haben sie z.B. gelernt, auf sich aufmerksam zu machen, wenn sie von Eltern ignoriert worden sind oder über Leistung Lob zu bekommen, wenn sie ansonsten keine Anerkennung von den Eltern bekommen haben oder sich massiv zu verweigern, wenn andere ihre Grenzen überschritten haben etc. Sie tun es also nicht aus „Boshaftigkeit“. Daher gibt es keinen Grund, unfreundlich zu werden! Man bleibt zugewandt, verständnisvoll und respektvoll. Dies ist auch wichtig, um auf der Beziehungsebene keine Krise auszulösen, denn wenn Sie ärgerlich werden, dann „schlägt das Imperium zurück“: der Betreffende wird Ihnen Feindseligkeit vorwerfen, Ihnen deutlich machen, dass Sie ihn (absichtlich) falsch verstehen u.a. Dadurch sind Sie wieder unter Rechtfertigungsdruck – keine gute Strategie! Deshalb bleiben Sie

immer zugewandt, was auch Ihr eigenes Denken „offen hält“. Dann aber macht man klar, dass man dem Appell nicht folgen wird. Man kann deutlich machen, dass man es nicht möchte (denn das ist so) und kann u.U. auch begründen warum. Manchmal muss man auch eine Ausrede benutzen („Ich kann nicht, weil...“). Das bedeutet, wenn man es sich leisten kann, verwendet man eine offene, transparente Strategie, was authentisch ist. Manchmal ist der Betreffende aber so mächtig, dass man sich offene Strategien gar nicht leisten kann: dann muss man mit einem „Gegenspiel“ arbeiten, also z.B. eine plausible, nicht widerlegbare Ausrede benutzen („Ich kann heute leider nicht, ich habe schon xy zugesagt, tut mir furchtbar leid.“).

Wichtig ist aber, dass man sich bei aller Freundlichkeit deutlich abgrenzt, die Person also nicht für ihr Verhalten bekräftigt. Denn oft haben Spiele die Eigenschaft von „mehr desselben“. Wenn jemand Sie einspannt und Sie das mitmachen, ist es leider wahrscheinlich, dass Sie zunehmend mehr eingespannt werden. Wenn die Beziehung es zulässt (besser nicht bei einem Chef!) kann man die Manipulation auch transparent machen, z.B. „Sie möchten, dass ich xy tue...“ und „Ich finde aber, dass Sie das selbst können, weil...“. Oder noch konfrontativer sogar: „Sie möchten mich für xy einspannen.“, „Sie möchten, dass ich für Sie Verantwortung übernehme.“ o.ä.

Doch Vorsicht: solche Aussagen sind Konfrontationen, und obwohl sie stimmen können, will die Person sie nicht hören und reagiert darauf wahrscheinlich nicht positiv. Deshalb kann man sich solche Aussagen nur dann leisten, wenn man in der Beziehung über genügend „Beziehungskredit“ verfügt., d.h. wenn der Partner weiß, dass man ihn nicht abwerten oder kritisieren will. Beziehungskredit wird aufgebaut, indem die wesentlichen Beziehungsmotive des Klienten befriedigt werden. Beispielsweise der Wunsch nach Anerkennung, Wichtigkeit, Verlässlichkeit oder Autonomie. Professionelle Helfer verhalten sich komplementär, indem sie zentrale

Beziehungsmotive des Klienten in der Interaktion befriedigen. Dies gelingt jedoch nur, wenn es auch authentisch möglich ist. Jeder Klient hat Ressourcen, Fähigkeiten und Erfolge, die von professionellen Helfern erkannt und anerkannt werden können. Auf Grundlage des Beziehungskredits ist dann Konfrontation möglich. Dies bedeutet in der Regel, den Klienten auf problematische Aspekte aufmerksam zu machen, die er bisher nicht wahrnimmt oder nicht wahrnehmen will. Eine wirksame therapeutische Vorgehensweise erfordert gleichermaßen komplementäre und konfrontative Strategien. Es ist nicht die gute Beziehung allein, die Veränderungen beim Klienten bewirkt.

In professionellen Beziehungen geht man so vor, dass man zunächst durch sogenanntes komplementäres Handeln „Beziehungskredit“ aufbaut. Das bedeutet, dass man dem Klienten Anerkennung signalisiert und gibt, wenn er diese braucht; ihm Entscheidungsfreiheit einräumt, wenn er Autonomie benötigt usw. In einer nächsten Therapiephase konfrontiert man dann den Klienten mit den Strategien und macht ihm klar, dass er durch diese Kosten hat, die er selbst erzeugt, und wodurch er sie erzeugt. Anschließend baut man mit dem Klienten alternative Strategien auf und trainiert diese. Dadurch ist hier die Abgrenzung nur zu Beginn der therapeutischen Beziehung nötig, dann bearbeitet man diese Strategien aktiv. Aufgabe der professionellen Helfer ist es, Klienten bei den Veränderungen zu helfen, die sie selbst wollen und zu denen sie selbst stehen können.

Und bedenken Sie noch eins: auch Sie werden bisweilen manipulieren und bis zu einem gewissen Grad ist dies Ausdruck sozialer Kompetenz. Die Manipulation kann Ihnen manchmal durchaus helfen, Ziele zu erreichen und Dinge zu bekommen, die Sie sonst nicht bekommen würden. Aber: seien Sie mit Manipulationen sparsam und vorsichtig, denn auch für Sie gilt, wenn Sie den Bogen überspannen, dann lösen Sie bei Interaktionspartnern u.U. Verärgerungen aus und sie fangen an, sich von Ihnen abzugrenzen und auf Distanz zu gehen.

Daher kann man allgemein sagen: Manipulation in dosiertem Ausmaß ist durchaus in Ordnung und funktional und in der Regel auch nicht sozial schädlich. Manipuliert man jedoch in hohem Ausmaß, dann wirkt sich das früher oder später in Beziehungen negativ aus und Sie erzeugen deutlich höhere Kosten als Gewinne. Für den Umgang mit Manipulationen gilt das Gleiche wie für den Umgang mit Alkohol: in Maßen macht es Spaß, in hohen Dosen wird es toxisch! Im Grunde hat fast jeder Mensch zumindest leichte Ausprägungen von Charakteristika im Sinne einer Persönlichkeitsstörung. Wir unterscheiden uns alle nur graduell, nicht qualitativ von Klienten mit Persönlichkeitsstörungen.

Unbedingt bedenken sollte man jedoch, dass Menschen mit Persönlichkeitsstörungen nicht nur manipulativ sind und interaktionelle Probleme erzeugen. Sie verfügen auch über große Ressourcen. So ist eine Person mit histrionischem Stil z.B. sehr unterhaltsam, sie ist in der Lage, Geschichten überaus spannend zu

erzählen und andere in den Bann zu ziehen. Personen mit narzisstischem Stil sind ausdauernd, stressresistent und weisen oft sehr hohe soziale Kompetenzen auf. Personen mit dependentem Stil sind äußerst verlässlich, solidarisch und hilfsbereit. Diese Ressourcen ermöglichen es professionellen Helfern, die Klienten für Ihre Fähigkeiten und positiven Aspekte zu loben und anzuerkennen und sie bieten die Möglichkeit für Helfer, diese Aspekte zu stärken, weiter auszubauen, so dass die Klienten sich auch wieder authentisch verhalten können.

Auf diese Weise kann man Persönlichkeitsstörungen und -stile keineswegs nur negativ sehen, sondern muss berücksichtigen, dass diese Personen viele Aspekte sehr gut können, auch in der Beziehungsgestaltung. Im Grunde kann man davon ausgehen, dass Personen mit leichten oder weniger ausgeprägten Stilen eher über starke Ressourcen verfügen und vergleichsweise wenig interaktionelle Probleme erzeugen. Je stärker der Stil zur Störung wird und je ausgeprägter die Störung

ist, desto stärker können dann die Probleme die Ressourcen überwiegen. Es gibt diese Ressourcen dann immer noch, sie werden dann jedoch von interaktionellen Problemen überlagert.

Professionelle Helfer haben die Möglichkeit, den Klienten wichtige korrigierende Beziehungserfahrungen zu vermitteln, z.B. die Erfahrung, dass sich jemand für sich interessiert, dass ihnen jemand aufmerksam zuhört, dass jemand sie versteht, dass sie nicht nur abstoßend oder pathologisch sind und dass es durchaus möglich ist, einer anderen Person zu vertrauen. Professionelle Helfer können aber auch deutlich machen, dass Klienten Regeln einhalten müssen. Sie können Klienten (im Rahmen ihres Beziehungskredits) bereits mit ihrem dysfunktionalen Verhalten konfrontieren, so dass die Klienten auch in Alltagssituationen über ihre Kosten und über den Sinn und Zweck ihres Handelns nachdenken. Und sie können bei den Klienten systematisch angemessenes Verhalten verstärken und so beginnen, alternatives Handeln aufzubauen. ●

Borderline - Persönlichkeitsstörung

Dialektisch-Behaviorale Therapie und Schematherapie

Von Gitta A. Jacob

Abstract

In den vergangenen Jahrzehnten wurden mehrere Psychotherapien zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) entwickelt. In diesem Artikel werden die beiden prominentesten Verfahren aus dem Feld der kognitiven Verhaltenstherapie vorgestellt. Die Dialektisch-Behaviorale Therapie versteht die BPS vor allem als ein Problem der Emotionsregulation und arbeitet insbesondere darauf hin, dass Patienten Fertigkeiten entwickeln, um ihre Emotionen besser steuern zu können. Die Schematherapie geht davon aus, dass den Kern der BPS starke dysfunktionale Schemata ausmachen, und legt einen Schwerpunkt auf emotionsorientierte Techniken, um die damit verbundenen negativen Gefühle zu verbessern.

Einführung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) rückte in psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungseinrichtungen in den

vergangenen 20 Jahren immer mehr in den Fokus der Aufmerksamkeit. Das liegt einerseits an der zunehmenden Häufigkeit, mit der diese Diagnose gestellt wird, und andererseits an der zuneh-

menden Verfügbarkeit von nachgewiesenermaßen erfolgreichen Behandlungsansätzen. Während die BPS vor einigen Jahrzehnten noch als nahezu unbehandelbar galt, existieren mittlerweile einige Verfahren sowohl aus dem Feld der verhaltenstherapeutischen wie der tiefenpsychologischen Therapien, deren Wirksamkeit durch Studien nachgewiesen wurde und sich im klinischen Alltag bestätigt. In diesem Artikel sollen mit der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) (Linehan, 1996) sowie der Schematherapie (ST) (Arntz & van Gendren, 2009; Young et al., 2005) die beiden wichtigsten Ansätze vorgestellt werden, die von Vertretern der kognitiven Verhaltenstherapie (VT) entwickelt wurden.



Gitta A. Jacob
Dr. phil., Dipl.-Psych.
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg, Leiterin der Arbeitsgruppe Borderline-Persönlichkeitsstörung. Forschungsschwerpunkte: Emotionsregulation, Psychotherapie. Psychologische Psychotherapeutin und Supervisorin für Verhaltenstherapie.

Herausforderungen an einen Psychotherapieansatz zur Behandlung der BPS

Grundsätzlich sind mit der BPS typische Probleme verbunden, für die jede Psychotherapie überzeugende Lösungswege und Umgangsweisen vorschlagen muss. Dazu gehört neben suizidalen, selbstverletzenden und anderen riskanten Verhaltensweisen die typischen Beziehungsprobleme der BPS, die sich etwa in Beziehungs- oder Therapieabbrüchen und in typischen Konflikten im Behandlungsteam zeigen, die rasch wechselnden (und häufig jeweils schwerwiegenden) Probleme, die von Patienten in die Behandlung eingebracht werden, sowie die Überforderung, die viele Therapeuten in der Arbeit mit BPS-Patienten erleben.

Diese Grundproblematik wird nicht nur in DBT und ST, sondern auch von allen weiteren aktuell anerkannten Behandlungsverfahren für die BPS durch ein Störungskonzept gelöst, mit dessen Hilfe sich alle auftretenden Probleme verstehen – und wenn nicht vollständig lösen, so doch Lösungsvorschläge ausarbeiten lassen. Diese Störungskonzepte können dabei in unterschiedlichen therapeutischen Ansätzen ganz unterschiedlich aussehen.

Störungskonzept und therapeutisches Vorgehen in der DBT

Nach dem Konzept der DBT leiden BPS-Patientinnen im Kern unter einer Störung der Emotionsregulation. Auch auf eher geringfügige emotionale Trigger reagieren sie

mit intensiver Anspannung, die stärker ist und sich langsamer legt als bei psychisch gesunden Personen. Problemverhaltensweisen wie Selbstverletzungen werden als dysfunktionale Strategien verstanden, solche Anspannungszustände zu beenden (s. Abbildung 1).

Der Fokus der DBT, die ursprünglich speziell zur Behandlung von selbstverletzendem und suizidalem Verhalten entwickelt wurde, und Elemente der Verhaltenstherapie mit humanistischen Gedanken und Ideen der Zen-Meditation verbindet, liegt darin, Patienten über Emotionen besser zu informieren, ihre ausgeprägte Angst vor Emotionen zu überwinden, und ihnen insbesondere Strategien zu vermitteln, mit denen negative Emotionen in weniger dysfunktionaler Weise reduziert werden können (sog. „Skills“ oder Verhaltensfähigkeiten). Dazu dient eine Kombination aus Einzeltherapie, in der individuelle Probleme besprochen werden, sowie einer psychoedukativen Skills-Gruppe mit den Modulen (1) Stresstoleranz (zum Umgang mit extremer Anspannung), (2) Emotionsregulation, (3) zwischenmenschliche Fertigkeiten, (4) Achtsamkeit und tlws. (5) Selbstwert. Weitere Elemente der Therapie sind Telefoncoaching, also Telefonate mit dem Therapeuten, wenn die Patientin im Alltag Unterstützung beim Einsetzen von Skills benötigt, sowie Supervision innerhalb der Therapeutengruppe, um aufkommende Konflikte und ggfs. Überlastungsscheinungen frühzeitig anzusprechen und Lösungen zu finden. Um die Vielzahl der Probleme der Patienten zu strukturieren,

1. Suizidales und parasuizidales Verhalten
2. Therapiegefährdende Verhaltensweisen
3. Verhaltensweisen, die die Lebensqualität einschränken
4. Verbesserung von anderen Verhaltensfähigkeiten

Kasten 1: Therapiezielhierarchie in der DBT

wird in der Einzeltherapie nach einer strikten Therapiezielhierarchie vorgegangen (s. Kasten 1). Solange ein höher stehender Problembereich aktuell relevant ist, wird er in der Therapie vorgezogen. Die wichtigsten Ziele sind diejenigen, die damit zu tun haben, dass die Patientin am Leben bleibt, und die den Verbleib in der Therapie betreffen. Erst wenn dies gesichert ist, können andere Lebensbereiche thematisiert werden.

Maria S., eine 23-jährige BPS-Patientin, berichtet beim Durchgehen der Therapiezielhierarchie zu Beginn der einzeltherapeutischen Sitzung, dass sie gestern Abend geschnitten habe (höchstes Therapieziel „parasuizidales Verhalten“).

Sie führt unter Anleitung der Therapeutin eine Verhaltensanalyse durch, es stellt sich heraus, dass sie sich nach einem Streit mit einer Freundin sehr schlecht und ganz extrem angespannt gefühlt hat und das Schneiden als einzige Möglichkeit zur Verfügung hatte, um sich emotional „runterzubringen“.

Eine Skillskette wird erarbeitet, die wahrscheinlich eine Alternative zum Schneiden hätte darstellen können. Die Patientin hält insbesondere die darin enthaltenen Stresstoleranzskills (scharfe Geschmäcker, laute Musik hören) noch einmal schriftlich fest, um sie in einem ähnlichen Moment ohne Aufwand zur Verfügung zu haben, legt den Zettel in ihren „Notfallkoffer“ und nimmt sich vor, am nächsten Tag wieder Joggen zu gehen, um den in letzter Zeit vernachlässigten Sport wieder aktiver zu betreiben, da sie dies erfahrungsgemäß stabilisiert.

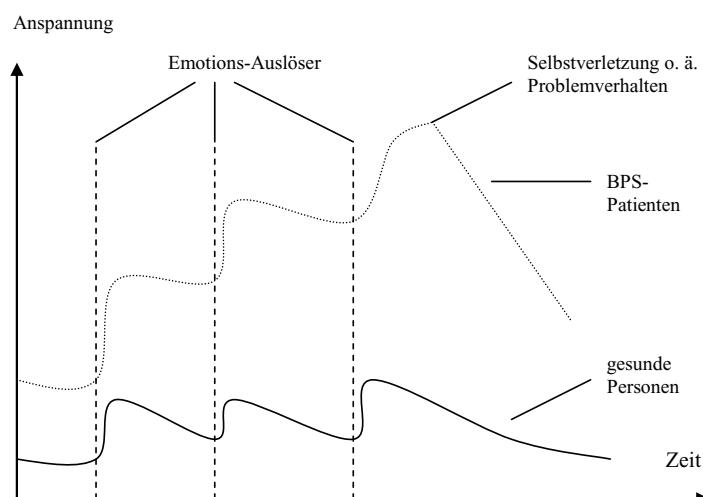


Abbildung 1: Störungskonzept der DBT

Kasten 2: Fallbeispiel Maria S. – Umgang mit Selbstverletzung in der DBT

Zur Verbesserung von Verhaltensproblemen werden intensiv verhaltenstherapeutische Maßnahmen eingesetzt, etwa Verhaltensanalysen, Tagebücher (Diary cards) u. ä. Der Therapeut wird als eine Art Coach betrachtet, der der Patientin hilft, funktionalere Lösungen für ihre Probleme zu finden. Dabei ist es jedoch wichtig, dass er auch validiert, wie schwierig dies für die Patientin ist, und so eine „dialektische Balance“ findet zwischen Veränderungsdruck und Akzeptanz, zwischen dem Einhalten der DBT-Regeln und Flexibilität sowie zwischen den möglicherweise widersprüchlichen Beziehungsmustern der Patientin.

Störungskonzept und therapeutisches Vorgehen in der Schematherapie

Die ST verbindet verhaltenstherapeutische Elemente mit tiefenpsychologischen Ansätzen zur biografischen Störungsentstehung und setzt viele Interventionen ein, die ursprünglich in erlebnis- und emotionsfokussierten Ansätzen wie Gestalttherapie und Psychodrama entwickelt wurden. Dazu zählen insbesondere imaginative Verfahren und sog. Stuhldialoge. Nach dem Konzept der ST besteht die Grundproblematik von BPS-Patienten darin, dass sie sehr stark ausgeprägte negative kognitiv-emotionale Schemata über die eigene Person aufweisen, die typischerweise in der Kindheit durch Missbrauch oder Vernachlässigung entstanden sind. I.R. des damit zusammenhängenden inneren Erlebens erleben sie ein inneres

Wechselspiel aus intensiven negativen Emotionen (typischerweise Verlassenheit, Bedrohung, Angst einerseits und Selbsthass andererseits) sowie ihren Versuchen, diesen Emotionen zu entgehen oder sie zu bewältigen (z.B. durch Rückzug, Selbstverletzung, Substanzgebrauch). Diese verschiedenen Erlebens- und Handlungszustände werden in der ST als „Schemamodi“ konzeptualisiert.

Die wichtigsten Schemamodi bei der BPS sind der Modus des verlassenen/missbrauchten Kindes, des ärgerlichen Kindes, des strafenden Elternteils sowie des distanzierten Schutzes (s. Abb. 2 für das Fallbeispiel von Maria S.).

Im Modus des verlassenen Kindes fühlen sich BPS-Patienten schwach, hilflos und verzweifelt auf der Suche nach verlässlichen Bezugspersonen. Der Anteil des wütenden Kindes entspricht der Wut über die Ungerechtigkeit von widerfahrenem Missbrauch. Der strafende Eltern-Modus entspricht dem Introjekt von strafenden, missbrauchenden oder zurückweisenden Bezugspersonen in der Kindheit (oft auch Peers, nicht immer Eltern) und vermittelt Selbsthass und -verachtung. Im distanzierten Schutz-Modus schützen sich Patienten vor den mit diesen Modi verbundenen Gefühlen; dieser Modus kann etwa verbunden sein mit Taubheit, Langeweile, Rückzug, Substanzgebrauch. Das Ziel der ST besteht darin, zunächst mit dem Patienten ein besseres Verständnis für sich selbst und seine Probleme anhand dieses Modus-Modells zu erarbeiten. In der Behandlung wird dann je nach dem gerade im Vordergrund stehenden Modus interveniert und dabei eine breite Palette von Behandlungsmethoden eingesetzt (s. Kasten 3).

Ein wesentliches Ziel ist dabei, den Patienten im Modus des verlassenen Kindes zu erreichen, um durch emotionsfokussierte Interventionen die negativen Gefühle direkt zu verändern. Dazu muss der distanzierte Schutz des Patienten überwun-

- Kognitiv: Verhaltensanalysen unter Zuhilfenahme des Modus-Konzeptes, Diskussion schemabegrenzter Denkfehler etc.
- Emotional: Imaginationsübungen, Stuhldialoge
- Verhaltenstherapeutisch: Rollenspiele, Hausaufgaben etc.
- Therapiebeziehung: „Begrenztes Nachbeeltern“ – persönliches Interesse und Zuwendung i. R. der therapeutischen Grenzen; persönliches Setzen von Grenzen bei Problemverhalten

Kasten 3: Interventionen der ST

den und der strafende Elternmodus reduziert und bekämpft werden. Die Aufgabe des Therapeuten in der therapeutischen Beziehung besteht darin, dem Patienten i.R. der therapeutischen Möglichkeiten (Bindungs-) Bedürfnisse zu erfüllen, die er in der Kindheit nicht erfüllt bekommen hat.

Maria S., eine 23-jährige BPS-Patientin, berichtet zu Beginn der einzeltherapeutischen Sitzung, dass sie gestern Abend geschnitten habe.

Die Therapeutin fragt detailliert nach den Emotionen, die damit im Zusammenhang standen, und es wird herausgearbeitet, dass Fr. S. am Vorabend in einem Telefonat erlebt hatte, dass eine Freundin sehr wenig Verständnis für ein aktuelles Problem von ihr gezeigt hatte. Sie habe sich unverstanden und alleine gefühlt (Modus „verlassene Maria“) und sei gleichzeitig sehr wütend auf sie geworden (Modus „wütende Maria“). Aus diesen Gefühlen heraus habe sie ihrer Freundin Vorhaltungen gemacht, und das Gespräch sei eskaliert. Danach habe sie extremen Selbsthass entwickelt für ihr aufbrausendes Verhalten gegenüber der Freundin (Modus „strafender Elternteil“), und sich dann, um sich zu beruhigen, „wie zur Strafe“ geschnitten.

Die Therapeutin schlägt ihr vor, einen Stuhldialog durchzuführen, in dem die Patientin auf verschiedenen Stühlen jeweils die Position der „verlassenen Maria“, der „wütenden Maria“, des „strafenden Elternteils“ sowie der „gesunden erwachsenen Maria“ einnimmt. Nachdem

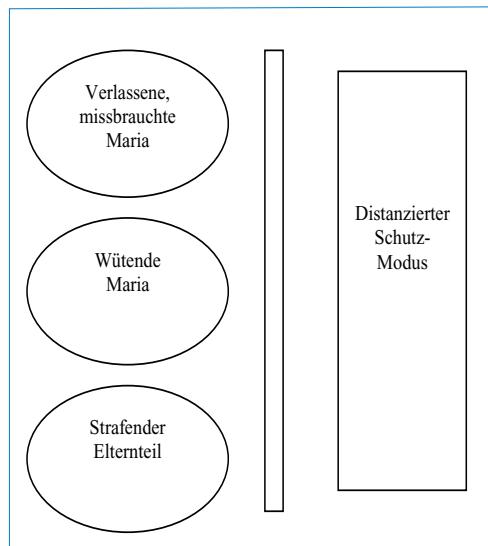


Abbildung 2: Störungskonzept der ST



Gerhard Dammann
Dr. med., Dipl.-Psychologe, Ärztlicher Direktor der Psychiatrische Klinik Münsterlingen/Schweiz,
Email: gerhard.dammann@stgag.ch

Narzisstische Persönlichkeitsstörungen

Eine Einführung

Von Gerhard Dammann

Unter Narzissmus versteht man, nach der klassischen Definition von Moore u. Fine aus dem Jahr 1967, eine Konzentration des seelischen Interesses auf das eigene Selbst. Aus dieser Definition wird ersichtlich, dass wir es also mit einem Spektrum zu tun haben, das von normalem, angemessenen Narzissmus bis hin zu schweren narzisstischen Störungen reichen kann. Wenn die narzisstische Problematik überwiegt, z.B. bei der narzisstischen Persönlichkeitsstörung, dann dominieren die Beschäftigung mit dem eigenen Selbst und dem Selbstwert, die Beziehungen zu anderen Menschen und die Interaktionen mit diesen, und es kommt zum Beispiel zu ständigen Vergleichen mit anderen, Bedürfnis nach

Anwendung und Ausblick

DBT ist in Deutschland seit ca. 15 Jahren bekannt, und insbesondere DBT-Skillsgruppen sind in vielen psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken mittlerweile etabliert. Mehrere Studien zeigen eine gute Wirksamkeit insbesondere in der Behandlung von Selbstverletzungen (Überblick in Artikel Review DBT).

ST wird in den vergangenen Jahren mit zunehmendem Interesse aufgenommen, da mittlerweile 2 Studien eine gute Wirksamkeit auf alle Bereiche der BPS-Symptomatik im einzeltherapeutischen sowie im gruppentherapeutischen Behandlungssetting zeigen (Farrell et al., 2009; Giesen-Bloo et al., 2006) und die Verbindung von kognitiver VT mit tiefenpsychologischen Konzepten und emotionsorientierten Techniken stark im Trend der aktuellen Psychotherapieentwicklung steht. Ob es Patienten gibt, die besonders gut auf eines der beiden Verfahren ansprechen, wurde bisher

Kasten 4: Fallbeispiel Maria S. – Umgang mit Selbstverletzung im Moduskonzept der ST

nicht untersucht; auch Studien, die beide Therapieformen direkt miteinander vergleichen, wurden bisher nicht durchgeführt. ●

Literatur

- Arntz A, van Genderen H (2009). Schema Therapy for Borderline Personality Disorder. Wiley.
- Farrell, J.M., Shaw, I.A., & Webber, M.A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Dirksen C, van Asselt T, Kremer I, Nadort M, Arntz A (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder. Randomized trial of Schema-Focused Therapy versus Transference-Focused Psychotherapy. Archives of General Psychiatry, 63, 649-658.
- Jacob GA, Bernstein D, Lieb K, Arntz A (2009). Schematherapie mit dem Moduskonzept bei Persönlichkeitssstörungen. Psychiatrie und Psychotherapie up2date, 3, 105-119.
- Linehan MM (1996). Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitssstörung. München: CIP-Medien.
- Lynch TR, Trost WT, Salsman N, Linehan MM (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Annual Review of Clinical Psychology, 3, 181-205.
- Young JE, Klosko S, Weishaar ME. Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch. Paderborn 2005: Junfermann.

Bestätigung oder Neid. Ohne an dieser Stelle vertieft auf die Ätiologie dieser Störung eingehen zu können, führt vermutlich in besonderem Maße die Erfahrung mangelnder echter und bedingungsloser Wertschätzung in der Kindheit zur Entwicklung dieser Störung. Es kommt so zum charakteristischen Problem von Grandiositätsphantasien (die immer auch Unabhängigkeit von anderen bedeutet) auf der einen und dem Gefühl von Minderwertigkeit auf der anderen Seite. Hinzu kommt die Vorstellung oder Phantasie niemanden zu brauchen, sich „selbst zu genügen“.

Diagnostische Kriterien

Narzisstische Persönlichkeits-

störungen findet man häufig assoziiert mit anderen Störungsbildern wie Alkoholerkrankung, Drogenabhängigkeit, Depressionen, Spielsucht, Essstörungen oder chronische Suizidalität. Nach dem beschreibenden Klassifikationsmanual psychischer Störungen DSM-IV der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung ist die narzisstische Persönlichkeitssstörung definiert durch ein durchgängiges Muster von Großartigkeit (in der Phantasie oder Verhalten), ein Bedürfnis nach Bewunderung und ein Mangel an Empathie. Dauerhaft müssen mindestens 5 von 9 typischen Merkmalen vorhanden sein, dazu gehören unter anderem:

- ständige Phantasien grenzenlosen Erfolgs, Macht, Glanz, Schönen

heit oder idealer Liebe;

- Ansicht, als Mensch besonders und einzigartig zu sein und deshalb nur von besonderen Menschen (etwa mit höherem Status) verstanden zu werden oder mit solchen verkehren zu wollen
- ständiges Verlangen nach Bewunderung
- zwischenmenschliche Beziehungen werden ausgenützt, um die eigenen Ziele zu erreichen
- Mangel an Einfühlungsvermögen
- arrogantes, überhebliches Verhalten

Einschränkend wird darauf aufmerksam gemacht, dass nicht bei jedem Vorhandensein von narzisstischen Persönlichkeitszügen von einer „narzisstischen Persönlichkeitsstörung“ gesprochen werden sollte. Es sollte generell zumindest eine länger dauernde schwerwiegende Beeinträchtigung durch dieses Muster in zahlreichen Lebensbereichen (Arbeit, Beziehungen etc.) vorliegen, damit von einer „Persönlichkeitsstörung“ gesprochen werden kann.

Ein Fallbeispiel aus der Wirtschaft: Der Gründer einer erfolgreichen Software-Firma wurde als außereheliches Kind geboren und mit 9 Monaten zu einer Tante gegeben. Sein Stiefvater sagte ihm immer wieder, dass aus ihm nichts werden würde. Während seines Mathematik-Studiums erreichte er stets hervorragende Leistungen und wurde sogar als Student des Jahres ausgezeichnet. Dennoch fiel er – als seine Stiefmutter verstarb – durch sämtliche Abschlussexamina und verließ die Hochschule ohne Abschluss. Wegen seines aggressiven und charismatischen Führungsstils ranken sich um ihn zahlreiche „Mythen“, die sehr gut sein Bedürfnis, das tiefesitzende Minderwertigkeitsgefühl durch Gesten der Überlegenheit zu kompensieren, zeigen. Das „Motto“ seines Unternehmens lautet: „It's not enough that I succeed, everyone else must fail.“

Narzisstische Dynamik und Narziss-tische Pathologie

Aus psychodynamischer Sicht findet sich beim Narzissmus eine ausgelebte oder phantasierte grandiose Vorstellung, alles Gute in sich zu tragen, nichts zu be-

nötigen, was dem Schutz gegenüber Gefühlen der Nichtigkeit, der Abhängigkeit und des Neides dient. Die Abwehr von Gefühlen der Nichtigkeit und der Leere ist dabei als zentral anzusehen. Die Nichtigkeitsgefühle, die bei Trennungen und Misserfolgen verstärkt auftreten, stellen dann eine Bedrohung der Person dar.

Die Grandiosität kann dabei emotional die Form einer durch Ansprüchlichkeit geformten, chronifiziert wütenden Grundstimmung annehmen, die sich dann als Ärger, Zorn oder rachsüchtigen Ressentiment anderen Menschen gegenüber zeigen kann. Insbesondere ist es Wut, zum Teil aus nichtigen Anlässen, wenn etwas nicht so läuft, wie gewünscht, d.h. sich die Realität nicht nach einem selbst richtet, die dann auftaucht. Die wesentlichen Abwehrmechanismen beim Narzissmus sind dabei, wenn die Intellektualisierung etwa nicht mehr greift, die Idealisierung und die Entwertung. (Dies wird besonders gut sichtbar an der Art wie von diesen Patienten über frühere enttäuschende Therapien gesprochen wird.)

Andere Menschen, oft selbst Partner, Freunde oder Familienangehörige werden in ihrer Selbstständigkeit nicht wahrgenommen bzw. diese wird als lästig erlebt. Der andere, etwa dessen Erfolge, dienen der eigenen Selbstwertregulation. Häufig hat der andere dadurch die Funktion eines „Selbstobjekts“ (hier nicht in der engeren selbstopologischen Bedeutung). Um so überraschender ist es dann oftmals für den Menschen, wenn sich ein Partner oder eine Partnerin dann doch trennt, hatte der Betreffende doch in keiner Weise damit gerechnet. In Beziehungen sind die Personen mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung oft sehr leicht kränkbar, der Betreffende erlebt sich selbst oft so, dass er selbst auf der Suche nach Liebe, Unterstützung und anerkennender Bewunderung ist, während er andere so erlebt, dass sie ihn kritisieren, kontrollieren oder einengen. Bei normalen und neurotischen Personen lösen Verlassenheit und Bedrohungen des Selbst zwar ebenfalls Angst aus, aber gleichzeitig wird dadurch das innere Erleben trotzdem vorhan-

dener, unzerstörbarer Beziehungs erfahrungen (gute Selbst- und Objektrepräsentanzen) aktiviert, welche die negativen ausgleichen können.

Zwei zentrale psychodynamische Probleme liegen beim Narzissmus vor: ein Problem ist Selbstwert (Insuffizienzgefühle; übersteigerte Größenphantasien) sowie ein Problem im Bereich der Beziehungen, bei dem relevant werdende Beziehungen abgewehrt werden müssen (Manipulation und Entwertung anderer, Neid etc.).

Destruktiver und maligner Narzissmus

Bei den schwersten Formen narzisstischer Persönlichkeitsstörungen, die man auch als destruktiven Narzissmus bezeichnen kann, dominiert dieses Problem die Beziehungen zu Mitmenschen vollkommen. Solche Personen müssen, um ihren Selbstwert zu regulieren, die Verdienste anderer klein reden oder für sich usurpiieren. Die Beziehungen sind stark manipulativ, d. h. der andere (zum Beispiel Partner oder Mitarbeiter) wird kaum in seiner eigenen (objektalen) Bedeutung gesehen, sondern dient der eigenen Bedürfnisbefriedigung, was etwa durch ein manipulatives Verhalten zu erreichen versucht wird, d. h. etwa, dass diese Personen, immer nur „nehmen“, „erwarten“, aber kaum je uneigennützig „geben“. Tragischerweise wiederholen somit diese Personen an anderen Menschen die selbst durchgemachte Erfahrung, den anderen nicht wirklich als Person wichtig zu finden. Kennzeichnend sind auch anfängliche Begeisterung oder Idealisierung für Projekte oder Personen, denen dann meist rasch eine Entwertung folgt. Typisch ist also eine Sichtweise, bei der sich die Personen immer wieder von „Idioten“ umgeben sehen. Lässt sich eine Person nicht manipulieren oder entwerten, droht diese als gefährlich, bedrohlich („Feind“) erlebt zu werden. Es dominieren bei diesen Personen oft eine enorme Anspruchs-, Vorwurfs- und Versorgungshaltung. Unterhaltszahlungen etwa für die eigenen Kinder werden verweigert. Auf Grund der schlechten Selbstwertregulation reagieren

die Personen häufiger mit großer Kränkbarkeit bis hin zu nachhaltiger (narzisstischer) Wut.

Sutton beschreibt eine Reihe von solchen dysfunktionalen Interaktionsmustern, die diese Persönlichkeiten auszeichnen:

- als Witze getarnte Beleidigungen
- öffentliches Demütigen
- ständige beißende Ironie
- rüdes Unterbrechen des anderen
- Ignorieren bestimmter Personen bei Meetings
- Verletzung der Privatsphäre
- Grenzverletzungen durch z. B. extreme Neugier (Pat. entnehmen Bücher vom Pult)
- Unehrllichkeit
- Fremde Leistungen werden als die eigenen Verdienste ausgegeben

Therapie

„Ich bräuchte dringend Hilfe. Es geht bei mir um Leben oder Tod. Aber das, was ich hier an Therapie bekomme, das ist ja wohl gar nichts!“ Aussagen wie diese bewirken bei Behandlern heftige Gegenübertragungsreaktionen, die von Wut, Gegenübertragungshass bis hin zu eigenen Insuffizienzgefühlen, dem Patienten gar nicht genügen, reichen können. Die narzisstischen Störungen gehören sicherlich zu den am schwierigsten zu behandelnden Störungen überhaupt. Medikamentöse Therapien können zwar Symptome mildern helfen. Im Vordergrund steht jedoch eine intensive Psychotherapie.

Die Psychotherapie ist deshalb so schwierig, weil das Einlassen auf eine Therapie für den schwerer narzisstischen Patienten mit mehreren Problemen verbunden ist. Therapie bedeutet eine Einschränkung der Autonomie und das Anerkennen-Müssen, dass der andere (der Therapeut) etwas hat, was man dringend benötigt. Dies kann u.a. auch Neid hervorrufen. Viele narzisstische Patienten verwenden deshalb die Stunden um z.B. zu zeigen, dass sie genauso viel wert sind wie der Therapeut (intellektueller Schlag austausch), dass der Therapeut ihr Problem nicht erfasst oder vieles falsch macht. Manchen Patienten ist es auch wichtig, dass sie das Gefühl

haben können, dass sie es eigentlich sind, die dem Patienten etwas geben (indem sie in ihrer Phantasie als besonders interessante Patienten für den Therapeuten erscheinen.) Weitere Behandlungsschwierigkeiten liegen in der Passivität (regressive Versorgungshaltung) und der oft aus Scham- und Schuldgefühlen entstandenen Verheimlichung relevanter Informationen in der Behandlung, etwa von Suchtmittelkonsum. Therapeutisch bedarf es in vielen Fällen einer länger dauernden Behandlung, die unterstützende (z. B. spiegelnde Technik) und konfrontative Elemente in einer Balance hält und verbindet.

Alltagsumgang

Hilfreich kann es sein, zunächst über einen längeren Zeitraum Vertrauen aufzubauen. Wenn der Patient sich etwa nach einer Deutung gekränkt zeigt, sollte verdeutlicht werden, wie wenig es braucht, um ihn zu irritieren. Die Bezugsperson oder der Therapeut sollte sich jedoch nicht „unterwerfen“ lassen. Oft sollte mehr auf die Gefühle eingegangen werden. Intellektuelle „Kämpfe“ sollten vermieden werden und bringen oft nicht viel. Die hohe Anspruchs- und teilweise Vorwurfs haltung dieser Patienten macht es für Teams und Therapeuten nicht einfach.

Die Beachtung der Gegenübertragung ist deshalb wichtig. Auf Kritik u.ä. sollte so eingegangen werden, dass dem Patienten vermittelt wird, dass er hohe Erwartungen und Ansprüche hat, die leicht enttäuscht werden können, wo er sich dann gekränkt zurückzieht. Diese Haltung kann oft lebensgeschichtlich plausibel mit Erfahrungen verbunden werden. Natürlich müssen die Patienten aber bei Grenzverletzungen, Beleidigungen u.ä. freundlich konfrontiert werden, dass dies nicht der richtige Ansatz ist, zu dem zu gelangen was sie an Unterstützung benötigen. Es kann dann eine Verbindung hergestellt werden, zwischen der Kritik anderer (Externalisierungstendenz) und den eigenen Insuffizienzgefühlen des Patienten (im Sinne einer Entlastung von Schamgefühlen u.ä.). Erst im Anschluss sollte, auf

der Basis einer gewachsenen Vertrauensbeziehung, die nicht selten bei dieser Patientengruppe, lange braucht, ein weiterer wichtiger Bereich beleuchtet werden, nämlich die nicht selten vorhandene, aber vom Patienten nicht wahrgenommene beziehungsabweisende Art (Sarkasmus, ungerechte Kritik, Schonhaltung).

Die Behandlung dieser Patienten ist auch für erfahrene Therapeuten und Teams schwierig, da eine starke Versorgungs- und Anspruchshaltung zu Tage tritt. Dabei sind die Patienten nicht selten vorwürflich und passiv. Einmal beschweren sie sich darüber, dass es keine klaren Regeln gibt, das andere Mal, dass alles viel zu streng sei und einem Gefängnis gleiche. Im Team kann der Eindruck entstehen, dass es „wie nie reicht“, auch weil die Patienten wenig zurückgeben. In der Gegenübertragung lösen sie im Team dann oft aus, dass man nicht genügt, nicht intelligent genug ist.

Teammitglieder werden teilweise entweder idealisiert (was aber auch schnell kippen kann) oder entwertet („Warum bekomme ich die unerfahrenste Bezugsperson?“).

Dies kann zu Ärger führen bis hin dazu, dass man den Patienten tatsächlich unrecht tut. Die Grandiosität ist fast immer vorhanden, manchmal ganz offen, aber es gibt auch verborgene Formen („die Größte im Leiden“ z. B. bei Co-Abhängigen Frauen).

Die oben beschriebene Problematik von Nähe und Distanz führt leicht dazu, dass man die Patienten entweder zu weit von sich hält („eklig“, „arrogant“, „distanziert“ empfindet) oder eine zu große Nähe entsteht (Phantasie, dass nur eine intensive Realbeziehung der Patienten „retten“ könnte; Privatbeziehungen oder Duzen des Patienten). In Wirklichkeit stellt der Verlust einer therapeutischen Beziehung einen Angriff gegen die Therapie. Der Therapeut wird so unschädlich gemacht, aber enttäuscht wiederum genau dadurch. Nicht wenige narzisstische Patienten zeichnen sich dadurch aus, dass sie viele vergebliche Therapieversuche hatten. Meist

brechen sie nach einiger Zeit die Behandlung ab. Bei den schwereren narzisstischen Persönlichkeitsstörungen dominiert das was man als psychopathische und paranoide Abwehr bezeichnet, d. h. die anderen werden entweder als harmlose Idioten wahrgenommen, die zwar nicht gefährlich sind, aber letztlich auch durch ihr Ungenügen und dadurch, dass sie sich manipulieren lassen, enttäuschen („psychopath. Übertragung“). Oder aber sie werden als Feinde wahrgenommen, die zwar nicht verachtet werden, die nicht harmlos sind, aber vor denen man sich fürchtet und permanent angegriffen fühlt („paranoide Übertragung“).

Das negative Selbstkonzept und die Destruktivität führen bei einer Untergruppe, die jedoch besonders schwer zu behandeln ist, zu chronischer Suizidalität. Aufgabe des Teams sollte es nicht sein, den Patienten aktiv vom Suizid abhalten zu wollen, sondern zu verdeutlichen, dass er einen Konflikt in sich trägt und zu vermeiden sucht („eine Seite, die auch Leben möchte“). Häufiger ist jedoch eine chronische Depressivität und nicht selten ein Suchtmittelkonsum. Die Regulationsfunktion des Suchtmittels (z. B. „Trost“) kann gut bearbeitet werden.

Gar nicht selten kommt es vor, dass diese Patientengruppe (etwa im stationären Setting) gerne psychotherapeutische Einzelgespräche wahrnimmt, aber sozialrehabilitative Maßnahme (Gespräche mit Sozialarbeiterin etc.) bekämpft. Die Konfrontation mit den realen Problemen und die äußere Realität ist dabei kränkend und wird abgelehnt. ●

Literatur:

Gerhard Dammann, 2007, Narzisten, Egomanen, Psychopathen in der Führungsetage. Fallbeispiele und Lösungswege für ein wirksames Management“, Haupt-Verlag.

Weitere Angaben zur Literatur erhalten Sie beim Verfasser:
gerhard.dammann@stgag.ch

Dissozialität

Von Udo Rauchfleisch

1. Definition

Der Begriff „Dissozialität“ stellt in erster Linie eine soziale Eti-kettierung dar. Es wird damit ein von der Norm der umgebenden Soziätät abweichendes Verhalten bezeichnet, das sich als chronische dissoziale Fehlentwicklung durch eine charakteristische Psychodynamik auszeichnet. In den international gebräuchlichen Diagnosensystemen der ICD-10 und des DSM-IV wird diese Störung als „dissoziale“ resp. „antisoziale Persönlichkeitsstörung“ bezeichnet. Oft wird „Dissozialität“ auch als Synonym für „Delinquenz“ verwendet. Es fällt auf, dass in der ICD-10 und im DSM-IV ein sehr negatives Bild dieser Persönlichkeiten entworfen wird.

2. Die Entwicklung dissozialer Menschen unter psychodynamischem Aspekt

Unter psychodynamischem Aspekt kann die Entwicklung von Menschen, die ein dissoziales Verhaltensmuster aufweisen, wie folgt beschrieben werden (ausführliche Darstellungen finden sich bei Rauchfleisch, 1996, 1999, 2008):

Es sind Menschen, die in der Kindheit vielfältige Mangel-, Verlust- und Gewalterfahrungen erlebt haben und aufgrund dessen anstelle eines Ur-Vertrauens ein extremes Misstrauen und ein tief in ihnen verwurzeltes Gefühl existenzieller Bedrohung entwickelt haben. Diese Menschen weisen häufig in ihrer Autonomieentwicklung und in ihrer Fähigkeit der Nähe-Distanz-Regulierung erhebliche Störungen auf und überladen ihre sozialen Beziehungen mit unrealistischen Ansprüchen und Erwartungen. Es sind zumeist funktionalisierte, narzisstische Beziehungsmuster, denen ein fragiles Selbstwerten zugrunde liegt, das sie nicht selten durch grandiose Kompensationen zu stabilisieren versuchen. Es besteht bei ihnen keineswegs, wie es die ICD und das DSM be-

schreiben, ein Mangel an Gewissensbildung, sondern sie leiden aufgrund ihrer frühkindlichen Beziehungserfahrungen im Gegenteil unter einer geradezu sadistischen Gewissensinstanz, gegen deren Entwertung sie die verschiedensten Abwehrmaßnahmen einsetzen. Hinzu kommen infolge von strukturellen Defiziten Beeinträchtigungen in der Angst- und Spannungstoleranz. Diese äussert sich in einer nur geringen Frustrationstoleranz und in der Unfähigkeit, Spannungen zu ertragen. Schon geringfügige Belastungen führen bei ihnen zu impulsiven (aggressiven) Ausbrüchen und Exzessen (z. B. mit Alkohol und Drogen).

Diese Persönlichkeitsentwicklung ist zu sehen auf dem Hintergrund gravierender sozialer Probleme (in der Schul- und Berufsausbildung, im Arbeits- und Wohnbereich, in Überschuldung usw.). Für den betreuerischen und therapeutischen Umgang mit diesen Menschen ist es indes wichtig, nicht nur die erwähnten Defizite zu sehen, sondern gerade wegen dieser vielfältigen Störungen im Sinne der Salutogenese (Antonovsky, 1997) vor allem an den Ressourcen und den ihre Persönlichkeit stärkenden, gesunden Anteilen zu arbeiten. Dazu gehört beispielsweise die Suche nach – zumindest rudimentär bestehenden – intakten Beziehungen, nach bisher noch nicht realisierten Begabungen und die Förderung und Bestätigung in Bereichen, in denen die Betreffenden auf einer realistischen Grundlage Leistungen erbringen, auch – oder gerade wenn – sie selbst diese Leistungen (noch) nicht wertzuschätzen vermögen.

3. Der betreuerische und therapeutische Umgang mit dissozialen Menschen

Wie eingangs erwähnt, zeichnet sich die dissoziale Störung durch Beeinträchtigungen und Defizite im sozialen Bereich aus. Es ist deshalb notwendig, die sonst üblichen psychotherapeutischen



Udo Rauchfleisch
Dr., Professor emer. für
Klinische Psychologie
an der Universität Bas-
sel, Psychotherapeut in
privater Praxis.
Anschrift:
Prof. Dr. Udo Rauch-
fleisch
Hauptstr. 49
CH-4102 Binningen
Email:
Udo.Rauchfleisch
@unibas.ch.



Behandlungsstrategien um die soziale Dimension zu erweitern. Im Rahmen des von mir entwickelten „bifokalen Behandlungskonzepts“ (Rauchfleisch, 1996, 1999) heisst dies, dass neben der Arbeit an der innerseelischen Dimension gleichzeitig die soziale Realität beachtet und in die Behandlung einbezogen wird. Diese Begleitungen und Therapien zeichnen sich durch eine Reihe von Besonderheiten aus, die im Folgenden in ihren Hauptzügen dargestellt werden sollen.

Die Motivation

Im Gegensatz zu vielen anderen Patientinnen und Patienten können wir bei Menschen mit dissozialen Persönlichkeitsstörungen in der Regel nicht davon ausgehen, dass sie Eigenmotivation mitbringen und von sich aus fachliche Hilfe suchen. Sie sind vielfach fremdmotiviert (gerichtliche Behandlungsauflagen und Zuweisungen durch verschiedene Sozialdienststellen). Für diesen Mangel an Eigenmotivation lassen sich unter psychodynamischem Aspekt verschiedene Gründe finden: ein Sehnsuchs-Angst-Dilemma (unendliche Sehnsucht nach engen, sie tragenden Beziehungen und zugleich grösste Ängste vor eben solchen als gefährlich erlebten Beziehungen), Angst vor dem Ausbruch aggressiver Impulse (aufgrund der vielfältigen Verletzungen und Versagungen im bisherigen Leben), Angst vor dem Aufreißen alter Wunden (aufgrund der verletzenden Beziehungserfahrungen der Kindheit), Austesten der Professionellen („Meinen sie es wirklich ernst? Bleiben sie bei mir, auch wenn ich sie zurückweise?“) und die Auswirkung gruppendifamischer Prozesse (wo es z. B. im stationären Rahmen zur Erhöhung des sozialen Status in der Peer-Group dazugehört, sich abwertend über die therapeutischen Angebote zu äußern).

Aufgrund der beschriebenen Dynamik können wir bei Menschen dieser Art keine Eigenmotivation voraussetzen, sondern müssen die Entwicklung von Motivation als ein erstes Ziel des professionellen Handelns betrachten. Insbesondere ist es dabei wichtig, dass sich die Professionellen durch die

„mangelnde Motivation“ nicht provoziert fühlen und sich nicht ihrerseits gekränkt zurückziehen.

In diesem Prozess geht es darum, miteinander die Hintergründe der „mangelnden Motivation“ zu klären (z. B. Resignation, Angst vor der Konfrontation mit traumatischen Beziehungserfahrungen der Vergangenheit, Perspektivenlosigkeit) und Visionen für eine „bessere Zukunft“ zu entwickeln. Von zentraler Bedeutung ist dabei, die Klientinnen und Klienten spüren zu lassen, dass die Professionellen sie bedingungslos wertschätzen, was im Gegensatz zu den Erfahrungen steht, die diese Menschen in Kindheit und Jugend gemacht haben.

Die ausgeprägte Neigung zu impulsivem Verhalten

Die ausgeprägte Neigung zu impulsivem Verhalten (vor allem auch aggressiver Art) hat die Dissozialen zu ausgesprochen unbeliebten Patientinnen und Patienten gemacht. Selbstverständlich ist es wichtig, realitätsgerecht zu prüfen, ob eine Gefahr für Dritte oder die Patientinnen und Patienten selbst besteht. Ist dies der Fall, so sind schützende Maßnahmen (wie Klinikeinweisung oder strafrechtliche Sanktionen) einzuleiten. Vielfach ist das impulsive Verhalten aber in erster Linie provokativ für die Professionellen und führt bei ihnen zu einem reaktiv-aggressiven Verhalten (in Form von die Klientinnen und Klienten kränkenden Äußerungen, strafenden Maßnahmen, bis hin zur Ablehnung der weiteren Betreuung).

Wichtig ist demgegenüber, das impulsive Verhalten als eine Form der Kommunikation zu betrachten, auf das die Professionellen in konstruktiver Weise antworten (indem sie z. B. nicht in die von den Klienten provozierte Rolle der „Täter“ eintreten, denen gegenüber sich die Klienten als „arme Opfer“ fühlen können). Es gilt, die im impulsiven Verhalten liegende Botschaft zu „dechiffrieren“ und darauf zu antworten. Um eine konstruktive professionelle Begleitung zu ermöglichen, müssen drei Dinge beachtet werden:

- 1) es müssen eine eindeutige Grenzsetzung und klare Struktu-

ren garantiert sein,

- 2) die Professionellen müssen grösstmögliche Flexibilität aufbringen, ohne konzeptlos zu arbeiten,
- 3) der augenblicklichen Angst- und Spannungstoleranz der Klientinnen und Klienten muss unbedingt Rechnung getragen werden. D. h., wir müssen zwar von ihnen fordern, dass sie eine gewisse Eigenaktivität entwickeln und auch ihnen unangenehme Situationen aushalten. Dabei ist aber stets zu beachten, dass sie nicht überfordert werden. Die ihnen zugemuteten Belastungen sollten sich am oberen Rand der Toleranz bewegen, diese Grenze aber nicht überschreiten, um die Klienten einerseits nicht zu infantilisieren, sie andererseits aber auch nicht zu überfordern.

Der Einbezug der sozialen Dimension in die Psychotherapie

Wie oben bereits erwähnt, ist es bei der Arbeit mit Menschen mit dissozialen Persönlichkeitsstörungen notwendig, im Sinne des „bifokalen Behandlungskonzepts“ neben der üblichen Psychotherapie (Arbeit an den psychischen Störungen) gleichrangig die soziale Realität in die Behandlung einzubeziehen, da beide Dimensionen eng miteinander verquickt sind und sich gegenseitig bedingen. Dies ist eine für die Professionellen aus dem sozialen Bereich selbstverständliche Forderung, während sie für Psychotherapeutinnen und -therapeuten ein eher ungewöhnliches Behandlungssetting ist. Beide Disziplinen müssen bei dissozialen Menschen ihr professionelles Spektrum um den je anderen Bereich erweitern.

Spezifische Interaktionsformen

In der Begleitung und Therapie dissozialer Menschen finden sich spezifische Interaktionsformen. Aufgrund der oben beschriebenen Persönlichkeitsentwicklung neigen diese Klientinnen und Klienten dazu, ihre Bezugspersonen - und so auch die mit ihnen befassten Professionellen - ausschliesslich als „Freund“ oder „Feind“ wahrzunehmen und sie dementsprechend zu idealisieren oder abzulehnen. Ihnen gelingt es nicht, von anderen Menschen ein diesen

entsprechendes, realitätsgerechtes, differenziertes Bild zu entwerfen. Aufgrund dieser Beziehungsdynamik kommt es, auch im professionellen Umgang, zu vielfältigen Konflikten, häufig ausgelöst durch einen abrupten Wechsel der Klienten zwischen Zuwendung und Ablehnung (Ausdruck ihrer oben beschriebenen Probleme in der Nähe-Distanz-Regulierung). Damit korrespondierend können auch die Professionellen ebenfalls mit einem Schwanken zwischen Zuwendung und Aggression reagieren, wodurch es mitunter zwischen den Beteiligten zu einem sadomasochistischen Beziehungsclinch kommen kann. In solchen Situationen ist die Aufarbeitung der Beziehungsdynamik im Rahmen einer Supervision unbedingt notwendig.

Eine andere Dynamik – mit unter Umständen gefährlichen Konsequenzen – liegt darin, dass die Professionellen sich in ihrer Wahrnehmung so stark von ihren Klientinnen und Klienten beeinflussen lassen, dass sie die Situation nicht mehr realitätsgerecht einzuschätzen vermögen. Dies wird insbesondere dann gefährlich, wenn es um die Einschätzung gewaltbereiter Klienten geht.

Schließlich kann es zu einer Interaktionsform zwischen Professionellen und Klientinnen und Klienten kommen, bei der die Klienten ihre eigenen überhöhten – und damit ihnen unerfüllbaren – Erwartungen an die Professionellen delegieren. Die Folgen sind ein enormer (Erfolgs-)Druck, unter dem sich die Professionellen fühlen, Schuldgefühle, weil sie ihre Arbeit „nicht richtig“ machten, oder eine Überforderung der eigenen Person, um die (an sie delegierten) Ansprüche doch noch zu erfüllen. Auch hier bedarf es der sorgfältigen Reflexion der eigenen Gefühle und Handlungen und der Klärung dieser Dynamik in der Supervision. In der Selbstreflexion, sowie in Intervision und Supervision können die Professionellen auf diese Dynamik aufmerksam werden, wodurch sich die Möglichkeit eröffnet, sie abzubauen und Strategien zu entwickeln, wie sie sich gegen die Überforderung wehren können.

Herunterschrauben der therapeutischen Ansprüche

Es ist nicht zuletzt dieser Aspekt, der die Dissozialen zu ausgesprochen unbeliebten Klientinnen und Klienten macht. Menschen mit dissozialen Persönlichkeitsstörungen stellen eine Gruppe dar, bei denen sich umfassende, schnell erreichbare Änderungen nicht herbeiführen lassen. Gerade weil diese Einsicht dem therapeutischen „Mainstream“ widerspricht, ist es notwendig, dass sich die Professionellen darüber klar sind und ihre Ziele herunterschrauben, ohne in therapeutische Resignation zu verfallen. Bei den oben geschilderten schwierigen Bedingungen, unter denen dissoziale Menschen aufgewachsen sind und heute leben, sind Deliktfreiheit, eine gewisse Stabilisierung

im affektiven, sozialen und Beziehungsbereich bereits große Schritte. Bei vielen dieser Menschen mit schweren dissozialen Störungen ist eine „Heilung“ nicht möglich und unrealistisch. Halten die Professionellen an diesem Ziel fest, überfordern sie sich selbst und ihre Klientinnen und Klienten. ●

Literatur

- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmythifizierung der Gesundheit. Tübingen: Dgvt-Verlag
- Craft, M. (Hg.) (1966): Psychopathic Disorders. London/New York: Pergamon Press.
- Rauchfleisch, U. (1996): Menschen in psychosozialer Not. Beratung, Betreuung, Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rauchfleisch, U. (1999): Aussenseiter der Gesellschaft. Psychodynamik und Möglichkeiten zur Psychotherapie Straffälliger. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rauchfleisch, U. (2008): Begleitung und Therapie straffälliger Menschen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Psychoedukation bei Persönlichkeitsstörungen

Von Petra Schuhler

Psychoedukation: mehr als Aufklärung und Information

Patienten mit Persönlichkeitsstörungen gelten unter anderem deshalb als schwer zu behandeln, weil sie das eigene Verhalten als „zu sich gehörig“ (ich-synton) erleben und nicht als „ich-fremde“ (ich-dystone) Symptomatik, von der sie sich befreit sehen möchten. Die Patienten sehen die Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen und Problemen oft unabhängig vom eigenen Verhalten (sie sehen sich als Opfer anderer oder des Systems), haben wenig Einsicht in die Unangemessenheit ihrer Überzeugungen und Verhaltensweisen und suchen eine Therapie oft erst wegen der Folgeprobleme (zum Beispiel Depressionen) oder auf Drängen der Umwelt auf. Psychoedukation, mit deren Inhalten sich die Betroffenen identifizieren können, hat offenbar sehr förderliche Auswirkungen auf Behandlungs-

verlauf und Prognose, wie eine dreijährige Forschungsstudie an der Kliniken Münchwies und Bad Dürkheim (Schmitz et al., 2001) erwies. Die psychoedukative Methode, die sich dort bewährt hat, wird im folgenden umrissen

Therapieprogramm mit psychoedukativem Schwerpunkt

Das Programm geht in mehrerer Hinsicht neue Wege in der Therapie der Persönlichkeitsstörungen bei Abhängigkeitserkrankungen: Die Persönlichkeitsstörung wird direkt und unmittelbar in den Fokus der therapeutischen Arbeit gestellt. Mildere Formen werden als unverzichtbare Qualitäten der Selbststeuerung und der Interaktionskompetenzen betrachtet, beispielsweise im Fall der narzisstischen Persönlichkeitsstörung die Erfolgsorientierung und das Selbstbewusstsein, die erst in extremer Ausprägung narzisstisch-pathologische Züge



Petra Schuhler
Dr., Leitende Psychologin, AHG Klinik Münchwies
Turmstraße 50-58
66540 Neunkirchen-Münchwies
Tel. 06858/69 12 20
Fax 06858/69 14 20
Email:
pschuhler@ahg.de

annehmen. Das Programm orientiert auf Ressourcen und positive Umdeutung und verzichtet auf Pathologisierung zugunsten einer Kompetenzorientierung. Hinsichtlich der Persönlichkeitsstörung sieht das Programm eine heterogene Gruppenzusammensetzung vor und zielt auf Transparenz und Veränderungsbereitschaft durch Psychoedukation, nicht-konfrontative Motivierungsstrategien, Vermittlung plausibler Modelle in Verbindung mit emotionaler Erlebnisaktivierung.

Das Gruppenprogramm umfasst 12 Gruppenstunden, wobei immer zwei Gruppenstunden einer bestimmten Persönlichkeitsstörung gewidmet sind, jeweils mit einem psychoedukativen und einem erlebnisaktivierenden Teil. Insgesamt werden sechs Persönlichkeitsstörungen in dem Programm behandelt: die selbstunsichere, die dependente, die zwanghafte, die histrionische, die narzisstische und die Borderline-Persönlichkeitsstörung. Die psychoedukativen Teile haben Erklärungsscharakter und vermitteln plausible Erklärungsmodelle sozialer Interaktion und der Selbststeuerung, zum Beispiel die Zusammenhänge zwischen Frustration und Aggression oder die Grundzüge des Sichhineinfühlens in andere. Die Abbildungen 1 und 2 geben eine Übersicht.

Ziele und Methoden des Therapieprogramms

- Psychoedukation und Kompetenzorientierung
- Ressourceorientierung statt Pathologisierung
- Vermittlung plausibler Erklärungsmodelle der Kommunikation und Beziehungsregulierung
- Erlebnisaktivierende Methoden und sozial-interaktives Verhaltenstraining

Abbildung 1: Ziele und Methoden des Therapieprogramms

Psychoedukation am Beispiel des „Stars“, der narzisstischen Persönlichkeitsstörung

In dem Programm wird nicht von Persönlichkeitsstörungen, sondern von ‚Persönlichkeitsstilen‘ gesprochen. Darin widerspiegelt sich

die konzeptuelle Überwindung der auf Pathologie eingeengten Sicht auf den Menschen. Das grundsätzliche Vorgehen soll am Beispiel der narzisstischen Persönlichkeitsstörung, in der Sprache des Programms am Beispiel des „selbstbewussten Persönlichkeitsstils“ veranschaulicht werden: Der selbstbewusste Persönlichkeitsstil wird mit dem Untertitel ‚Der Star‘ eingeführt. Dabei werden charakteristische Merkmale des Persönlichkeitsstils mit seinen Stärken und Schwächen anschaulich erläutert. Wir gehen hier nicht genauer darauf ein, da dem Erleben von Menschen mit narzisstischen Persönlichkeitsstörungen in diesem Heft ein eigener Artikel gewidmet ist (s. den Beitrag von G. Dammann in diesem Heft, S.22ff.).

Diese narzisstische Struktur wird den Patientinnen und Patienten in verständlicher und akzeptierender Sprache vermittelt. Dreh- und Angelpunkt dabei ist immer, das Interesse der Patienten für ihre innere Welt zu wecken und hier bereits die Ressourcen des narzisstischen Stils einzuführen, wie zum Beispiel die Erfolgsorientierung und der Freimut sich und seine Meinung einzubringen. Narrative werden dabei als nicht-konfrontative Motivierungsstrategie eingesetzt. Besonderer Stellenwert hat die Verdeutlichung dysfunktionaler Grundannahmen, die Suchtmittel wie Alkohol oder suchtpotente Medikamente in Griffnähe rücken, wenn die narzisstische Persönlichkeit in innere Nöte gerät.

Teufelskreise

Ein wichtiger Schritt im psychoedukativen Teil ist der Einführung der so genannten ‚Teufelskreise‘

gewidmet. (s. Abbildung 3, S.29). Mit den Teufelskreisen wird in einer schematisierten Form vorgestellt, welche Reaktionen der selbstbewusste Stil bei einer anderen Person auslöst und welche Rückwirkungen dies für den Betroffenen hat. Dabei werden Grundüberzeugungen beim selbstbewussten Stil eingeführt, wie beispielsweise: „Ich bin einzigartig, außergewöhnlich, ich bin überlegen, ich stehe über den Regeln“. Das damit automatisch verknüpfte, oft anmaßende Verhalten ist das Demonstrieren von Überlegenheit und Unantastbarkeit, das ständige Konkurrieren mit anderen und auch die Manipulation anderer Menschen. Der Mitmenschen ist dadurch in der Regel zunächst beeindruckt und bewundert die Selbstsicherheit und das große Können des anderen. Durch die Bewunderung des Mitmenschen wird die Grundannahme des Narzissen wieder gestärkt und er fühlt sich in seiner vermeintlichen Einzigartigkeit wieder erkannt.

Der Teufelskreis setzt dann ein, wenn der Mitmenschen nicht mehr beeindruckt ist durch die besondere überaus große Qualität des anderen, sondern wenn er die Manipulationsversuche bemerkt und auch die falschen Töne hört, die mit dem narzisstischen Verhalten verbunden sind. Der andere wird sich dann irgendwann benutzt, ausgenutzt und überfahren fühlen und sich vom Narzissen abwenden. Er kritisiert den andern, er wehrt sich, er geht in Konkurrenz und ist vielleicht sogar überlegen. Der Narziss kann aber nicht anders, als mehr denselben tun, wenn er sich in einer solchen für ihn herausfordern, ja ihn in seinen Grundfesten erschütternden Interaktionssitu-

Persönlichkeitsstörungen

Selbstunsichere	der sensible Stil	„Am liebsten zu Hause“
Narzisstische	der selbstbewusste Stil	„Der Star“
Borderline	der sprunghafte Stil	„Feuer und Eis“
Dependente	der anhängliche Stil	„Der gute Kumpel“
Histrionische	der dramatische Stil	„Das Leben ist voller Aufregung“
Zwanghafte	der gewissenhafte Stil	„Das Richtige tun“

Abbildung 2: Persönlichkeitsstörungen, -stile und ressourcenorientiert formulierte Leitsätze der im Programm behandelten Persönlichkeitsstörungen

ation wiederfindet. Er fühlt sich bedroht, er fühlt sich angegriffen und in seinem Selbstverständnis im wahrsten Sinn des Wortes erschüttert.

Was bleibt in einem solchen Fall übrig, als alle inneren Systeme hochzufahren und das „Beste“ zu geben? Sein Bestes bedeutet für den Narzissten, dass er darauf beharrt, dass er doch einzigartig, außergewöhnlich und überlegen ist und dass ihm besondere Beachtung gebührt. Es sind seine einzigen Waffen zur Verteidigung seiner Identität, seines Selbstverständnisses und seiner Möglichkeit, mit anderen Kontakt aufzunehmen. Gerade die Teufelskreise haben sich bei den Patientinnen und Patienten sehr bewährt in dem Sinn, dass sie nachvollziehen können, wieso jemand, obwohl er unter Beschuss gerät, doch nichts anderes tut, als das Verhalten zu zeigen, das ihn erst in die Enge manövriert hat. Dabei wird bei den Patienten eine versöhnliche Haltung zur eigenen Persönlichkeit etabliert, durch die akzeptierende und verstehende Haltung, die mit dem strukturierten Vorgehen im psychoedukativen Teil verbunden wird. Die Dienstfunktion des für die Umwelt offenbar kritischen bis unerträglichen Verhaltens wird verdeutlicht, indem den Betroffenen erklärt wird, dass es einen Sinn und eine Geschichte hat, dass sie so geworden sind. Dass es ihnen beim Leben geholfen hat und dass es falsch wäre, ihr Verhalten in Bausch und Bogen zu verdammten.

Wichtig ist es, sich auf die Suche nach den Gründen zu begeben und danach zu forschen, inwiefern das heute so problematische Verhalten und Erleben schon früh zur Lebenshilfe und Krücke bei den ersten Schritten in die Welt der Beziehungen wurde. Dass der Alkohol oder das suchtpotente Medikament dabei hilft, solche Selbstheilungsversuche zu unterstützen und zu fördern und sich dabei gleichzeitig in die innere Welt der Patienten einfräst, so dass er unverzichtbar wird, leuchtet den Patientinnen und Patienten unmittelbar ein. Der psychoedukative Teil schließt stets mit einer Einheit, die durch-

aus in bekanntem plakativen Stil die Patienten auffordert: „Machen Sie das Beste aus Ihrem Stil“.

Praxis der Psychoedukation

Psychoedukation kann die Ressourcen und Kompetenzen der Patienten stärken. Im Fall der Persönlichkeitsstörung kann diese durchaus direkt und unmittelbar in den Fokus der psychoedukativen Arbeit gestellt werden.

Ausgangspunkt sollte dabei ein dimensionales Modell der Persönlichkeitsorganisation in Abgrenzung zum kategorialen Konzept der Persönlichkeitsstörung sein, d.h., es sollte verdeutlicht werden, dass mildere Formen unverzichtbare Qualitäten der Selbststeuerung und der Interaktionskompetenzen für alle Menschen sind. Ressourcen und positives reframing sollten Pate stehen bei der Psychoedukation. Auf Pathologisierung sollte zugunsten einer Kompetenzorientierung verzichtet werden. Das Programm sieht, wenn es in der Gruppe durchgeführt wird (auch im Einzelsetting kann es ange-

boten werden) eine heterogene Gruppenzusammensetzung vor: Die Gruppe profitiert davon, dass die Stile unterschiedlicher Persönlichkeiten behandelt werden. Erfahrungsgemäß sorgt dies für Interesse und Aufmerksamkeit bei allen und lässt die eigene Problematik im Vergleich mit den anderen besser hervortreten. Gleichzeitig gelingt dadurch eine Relativierung der eigenen Problematik. Eine individuelle, mit Affekt versetzte Sprache und eine anschauliche Darstellung sind in besonderer Weise geeignet, sich angstbesetzten oder aversiv erlebten Zusammenhängen zu nähern. Vermieden werden sollten trockene Ausführungen, abstrakte Erörterungen oder eine belehrende Diktion, die eher Abwehr und Widerstand hervorrufen. Lebendige, gut nachvollziehbare Schilderungen sollten gelingen. Die Klinik Münchwies führt regelmäßig Workshops durch, in dem die Vorgehensweise erläutert und eingeübt wird. ●

Literatur

Schmitz, B.; Schuhler, P. Handke-Raubach, A. & Jung, A. (2001) Kognitive Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen. Lengerich: Pabst

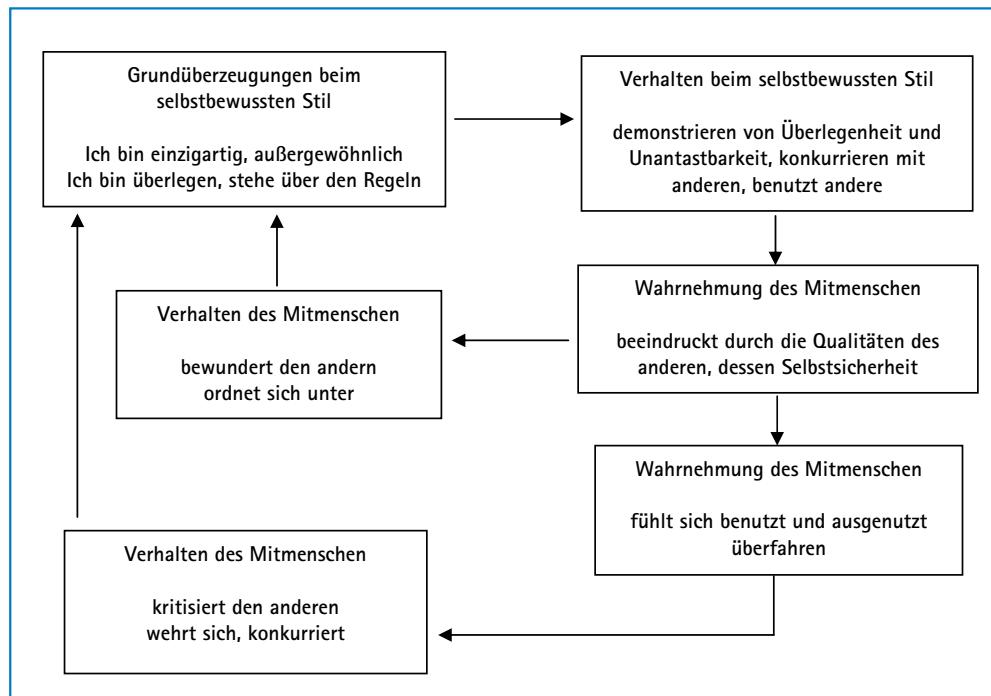


Abb. 3 Teufelskreis beim selbstbewussten Stil:

Welche Reaktionen löst der selbstbewusste Stil einer Person bei anderen aus und welche Rückwirkungen hat dies für den Betroffenen?



Anja Link
Dipl.-Sozialpädagogin (FH), freie Journalistin, Verantwortliche der bundesweit tätigen Borderline-Trialog Kontakt- und Informationsstelle; eigene Erfahrungen mit Borderline

Den Blickwechsel ändern, verstehen und lernen

Der trialogische Austausch über die Borderline-Störung

Von Anja Link

„Ich begreife es einfach nicht: unsere Tochter hat 16 Wochen Therapie gemacht und es geht ihr nicht besser. Sie beteiligt sich nicht am Haushalt, obwohl sie den ganzen Tag nix zu tun hat und wenn ihr was nicht passt, schneidet sie sich die Arme auf! Zu Hause laufen wir alle wie auf rohen Eiern!“ (39jährige Mutter einer Betroffenen).

„Vielleicht fühlt sich Ihre Tochter unter Erfolgs-Druck gesetzt? Bei mir hat es damals fast zwei Jahre gedauert, bis ich das, was ich in der Therapie gelernt habe, wirklich im Alltag umsetzen konnte. Aus dem ‘Schutzraum Klinik’ entlassen zu werden, ist ganz schön hart. Wichtig waren dort für mich die Ermüdungen durch die Fachleute. Eine Weile war ich sogar richtig darauf fixiert, weil ich die Vorstellung hatte, nur in der Klinik habe ich Menschen, die mich verstehen und die mir zeigen können, wie das Leben funktioniert. Für die Meinung von anderen interessierte ich mich lange Zeit nicht mehr“ (25jährige Borderline-Betroffene).

„Das war mir gar nicht so klar, dass die Betroffenen uns so sehen könnten. Denn selbst kam ich mir oft, gerade wenn Situationen auf Station eskaliert sind, fast genauso hilflos vor. Erst, seit wir mit neuen Konzepten therapeutisches Handwerkszeug bekommen haben, fühle ich mich in meiner Profi-Rolle wieder handlungsfähiger; das ist für mich wichtig, um bei der Sache bleiben und Zuversicht vermitteln zu können.“ (45jähriger Psychotherapeut)

„... und ich dachte immer, die Profis verstecken sich nur hinter ihren Therapiekonzepten. Immer wenn es hieß, ich soll diese oder jene Übung machen, habe ich gedacht, das klingt fast wie eine Floskel, aber ich werde gar nicht mehr wahrgenommen...“ (Betroffene)

Die intensive wissenschaftliche Forschung der letzten Jahre hat dazu beigetragen, dass der Begriff der Borderline-Störung heute sehr differenziert beschrieben werden kann. Problemschwerpunkte werden gesehen bei der Regulation von Emotionen, in der Selbstwahrnehmung der Betroffenen und auf der Ebene zwischenmenschlicher Beziehungen. Heute gibt es ein Bewusstsein dafür, wie Menschen mit der Borderline-Störung darunter leiden, wenn Zustände starker innerer Anspannung auftreten, vergleichbar mit einem emotionalen Hochstress. Unangenehme Emotionen schießen so schnell und heftig ein, dass sie unter allen Umständen sofort beendet werden müssen. Mit diesem Wissen wird verstehbar, warum die Betroffenen auf Bewältigungsstrategien zurückgreifen, die kurzfristig zwar helfen, langfristig aber weitere Probleme mit sich bringen. Spezialisierte Therapieprogramme wurden entwickelt, um die Borderline-Störung adäquater behandeln zu können. Beispielsweise können bestimmte Fertigkeiten – sogenannte Skills – erlernt werden und zur Alltagsbewältigung in verschiedenen Lebensbereichen helfen.

Kommen dann von Betroffenen Äußerungen, wie „kenn ich alles schon, hat mir nicht geholfen“, oder „ich schaffe es trotzdem nicht, bei mir ist es eben komplizierter“, sind die Grenzen des Verstehens schnell wieder erreicht. Professionelle Helfer kommen dann vielleicht auf den Gedanken, die Betroffenen wollen sich nicht helfen lassen und sehen ihr hohes Engagement ins Leere laufen; Familienangehörige und Partner gewinnen manches Mal sogar den Eindruck, dass den Betroffenen die Rolle als Patientin gefällt, während die Betroffenen das Gefühl haben, nicht akzeptiert zu werden. Hier ist für alle Betei-

ligen eine weitere Ebene des gegenseitigen Verstehens nötig, um nicht an Motivation zu verlieren und auch die nächsten Schritte gemeinsam meistern zu können. Der Trialog als Erfahrungs- und Wissensaustausch zwischen Angehörigen, Fachleuten und Betroffenen, hat sich in den letzten Jahren als ein geeignetes Instrument dafür bewährt.

Betroffene, Angehörige und Fachleute an einem Tisch?

Die Idee dazu wurde 2001 von Andreas Knuf im Nachwort des Buches „Leben auf der Grenze“ beschrieben. Zunächst aber schien ein voneinander lernen auf gleicher Augenhöhe – in der Form, wie es seit zwanzig Jahren sehr erfolgreich in den Psychose-Seminaren geschieht – im Zusammenhang mit der Borderline-Störung nicht möglich. Kommunikation und Beziehungen sind nicht selten geprägt von heftigen Emotionen. Manchmal geht gar nichts mehr; die Beteiligten können nicht mehr miteinander sprechen, ohne in Streit und in gegenseitige Schuldzuweisungen zu geraten. Eine sachliche Gesprächsebene ist vielleicht nicht mehr zu finden. Hilfreich kann dann sein, Abstand zu gewinnen, die Situation von Außen betrachten und sich in die Lage aller Beteiligten hinein zu versetzen. Genau das geschieht im Trialog, wenn Betroffene, Angehörige und Fachleute sich auf gleicher Augenhöhe zum Austausch von Erfahrungen und Wissen an einen Tisch setzen: Lernen und Verstehen über einen Stellvertreter! Mit diesem neu gewonnenen Wissen kann wieder Begegnung stattfinden.

Den Trialog-Gedanken aufzugeben und umzusetzen, gelang gemeinsam in einem kleinen Initiatorenteam: Christiane Tilly und Anja Link – jeweils aus der

Betroffenenperspektive und mit Ausbildung in psychosozialen Berufen – holten noch Heiner Dehner als Psychologe und Psychiatriekoordinator der Stadt Nürnberg ins Boot. Der Einladung zum ersten bundesweiten Borderline-Trialog folgten im Dezember 2004 mehr als 300 Betroffene, Angehörige und professionell Tätige. Diese Resonanz machte deutlich, dass ein starkes Interesse am gegenseitigen Verstehen besteht. Vor allem aber wurden auch der Mut und die Motivation geweckt, diese Form des Austausches vorzubringen und zu etablieren. Nachdem die ersten Schritte im mittelfränkischen Ansbach und Nürnberg, getan waren und sich damit Befürchtungen zerschlagen haben, dass eine trialogische Gruppe im Zusammenhang mit Borderline nicht funktionieren könnte, begann die Idee sich weiter zu verbreiten. Engagierte Trialog-Teilnehmer der bundesweiten Veranstaltung aus ganz Deutschland fragten nach, unter welchen Voraussetzungen und mit welchen Mitteln die Umsetzung eines Borderline-Trialogs gelingen kann. In Telefonaten und Zusammenkünften mit Interessierten vor Ort wurde dann gemeinsam überlegt, geplant und jeweils von den bisher gemachten Erfahrungen profitiert, experimentiert und immer weiter voneinander gelernt.

Neben den jährlich statt findenden bundesweiten Trialog-Veranstaltungen, haben sich inzwischen in mehreren Städten Regionalgruppen gegründet, die regelmäßig zusammenkommen und teils schon über mehrere Jahre Bestand haben. In all diesen Treffen werden sehr offen von allen Beteiligten Fragen gestellt und vielfältige Antworten gefunden. Spannend ist, die speziellen Besonderheiten der einzelnen Regionalgruppen zu verfolgen, die an dieser Stelle nur kurz angerissen werden können. So schreiben beispielsweise die Teilnehmenden in Herborn Protokolle über ihre Zusammenkünfte, sodass die beeindruckenden gemeinsamen Erkenntnisse festgehalten werden und später nachgelesen werden können.

In den Rückmeldungen der Regionalgruppen wird auch deutlich, dass manchmal Kompromisse

notwendig sind, um Prozesse überhaupt in Gang zu setzen. Manche gefundene Lösung erweist sich dann als praktikabler Weg, der beibehalten werden kann. So findet beispielsweise das Treffen des Borderline-Trialogs in Bad Bramstedt in den Räumlichkeiten einer psychosomatischen Klinik statt. Damit wird zwar der ursprünglichen Trialogidee des „neutralen“ Ortes nicht entsprochen, für die Teilnehmenden scheint dies jedoch kein Hindernis zu sein. Nach Auskunft der Veranstalter kommen teilweise bis zu 60 Interessierte zum Regionaltreffen, dabei sind die Gruppen der Betroffenen, Angehörigen und Fachleute etwa gleich stark repräsentiert. Besonders ist dort, dass sich auch erwachsene Kinder von Menschen mit der Diagnose Borderline im Trialog einfinden.

Trialog – (wie) funktioniert das?

Die konkrete Umsetzung des Trialog-Gedankens und die Gestaltung der Gruppen hängen jeweils von den Vorstellungen und Wünschen der Teilnehmer, teils einfach auch von den vor Ort verfügbaren Möglichkeiten und Ressourcen ab. Bewährt hat sich, nach einer Initialveranstaltung zum Trialog einen verlässlichen Rahmen für die Gruppentreffen anzubieten, Termine im Vorfeld festzulegen und die Gespräche durch eine Moderation zu begleiten. Die Teilnehmer der Gruppe einigen sich dann auf einen Ablauf der Treffen, legen die Regeln fest und übernehmen gemeinsam die Verantwortung für den Austausch.

Entscheidend für eine offene Atmosphäre im Gespräch ist eine Grundhaltung, die durch folgende Punkte gekennzeichnet ist:

- der Austausch geschieht auf gleicher Augenhöhe,
- jeder ist für sich selbst verantwortlich, und
- die Wahrheit ist subjektiv.

In diesem Rahmen sind intensive, wechselseitige Lernprozesse möglich und nutzen allen Beteiligten: Fachleute berichten, dass sie im Trialog eine tiefere Ebene des Verstehens erreichen und ihre eigene Rolle als Helfer neu betrachten und definieren können. Betroffen beschreiben beispielsweise, dass

sie durch Erzählungen der Angehörigen die Situation der eigenen Eltern oder Partner ganz anders reflektieren und deren Reaktionen auf eigenes Verhalten anders bewerten können. Dabei macht auch Mut, von anderen Betroffenen zu hören, welche Erfahrungen mit Selbsthilfe und Therapie gemacht werden. Gerade Eltern von Betroffenen haben im Trialog die Möglichkeit Fragen zu stellen, die die eigenen Kinder selbst noch nicht beantworten können. Durch diese „Übersetzungsarbeit“ entsteht wieder mehr Verständnis und die Bereitschaft zur Meisterung des gemeinsamen Alltags wird gestärkt.

Trialog weitergedacht

Das hohe Interesse am Borderline-Trialog, die intensive Arbeit in der Regionalgruppe, viele Anfragen nach Vorträgen, um von den Erfahrungen des Initiatoren-Teams zu profitieren, machte sehr schnell deutlich, dass diese Arbeit allein auf ehrenamtlicher Basis nicht lange geleistet werden kann. Darüber hinaus ist der Trialog-Gedanke nicht auf Veranstaltungen und Gruppentreffen beschränkt, sondern beschreibt viel mehr eine Haltung, mit der einander begegnet wird, und zeichnet einen neuen Rahmen, in dem Unterstützung stattfinden kann. Die trialogische Arbeit im Kontext der Borderline-Störung bedeutet beispielsweise, dass Hilfsangebote auch für Angehörige erarbeitet werden, Erfahrungswissen in Fortbildungen für Fachleute genutzt wird und Betroffene eine Vorbildfunktion für jüngere Betroffene einnehmen können. Der Ansatz, trialogisch zu arbeiten, ist lange ungenutzt geblieben.

Seit dem 1.11.2006 gibt es in Nürnberg, unter Trägerschaft des Fördervereins ambulante Krisenhilfe, ein Informations- und Beratungsangebot mit trialogischem Konzept: die bundesweit tätige BorderlineTrialog Kontakt- und Informationsstelle. Mit diesem Vorhaben sollte eine Anlaufstelle geschaffen werden, für Menschen, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind und Personen, die im beruflichen oder persönlichen Kontext mit der Erkrankung konfrontiert sind. Ziel der Arbeit ist, das Verständnis für



Borderline-Betroffene auf individueller und gesellschaftlicher Ebene zu verbessern, um neue Lösungswege für einen gelungenen Alltag zu finden und einer Stigmatisierung entgegenzuwirken. Dies soll unter dem besonderen Aspekt gelingen, bei dem die Perspektive, das Wissen und die Erfahrungen von Betroffenen, professionell Tätiger und Angehöriger berücksichtigt werden.

Die übergeordnete Aufgabe der Stelle ist, zum besseren Verständnis der Borderline-Störung beizutragen und dabei das Wissen und die Erfahrungen, die im Trialog gesammelt werden zu bündeln. Der Trialog-Gedanke soll dabei weiter Verbreitung finden und neue Lösungswege im gemeinsamen Alltag ermöglichen. Umgesetzt wird dies u.a. durch Gespräche mit Betroffenen und Angehörigen, dialogische Fortbildungen und Fallkonferenzen, Informationsveranstaltungen und nicht zuletzt, dem Trialog selbst.

Mit dem ersten bundesweiten Borderline-Tialog 2004 ist ein gewinnbringender Prozess in Gang gekommen, der vielfache Möglichkeiten eines tieferen Verständnisses und mehr Toleranz für die Situation aller Beteiligten ermöglicht. Die Begegnungen und Erkenntnisse im Trialog wecken Mut und Zuversicht bei den Betroffenen, Angehörigen und professionell Tätigen. Der Trialog leistet einen Beitrag, dass sich eine Lobby für die Beteiligten bilden kann; jeder einzelne Schritt in diese Richtung ist lohnenswert. Kürzlich erreichte mich direkt nach einem Gründungstreffen zum Trialog eine Mail von einer Betroffenen; sie hat nach anfänglichem Zögern allen Mut zusammen genommen und sich bereit erklärt, sich an der Moderation und Koordination der Borderline-Tialoge zu beteiligen.

Was sie schreibt, lässt vielleicht den Funken überspringen: „Wie gut, dass Ralf noch Stühle zu den 20 von Frau P. mitgebracht hat, wir haben sie alle gebraucht, denn es waren ca. 40 Leute da! Davon 6 Fachleute, ca. 6-8 Angehörige und der Rest alles Betroffene, sogar ein Mann war da. Wir haben erstmal unsere Regeln gesammelt,

die wir wichtig finden, dann haben wir noch Themen gesammelt, das mit dem Duzen- oder Siezen geklärt. Es ging echt gut mit der Kommunikation, ich musste nur ein-zweimal „eingreifen“. Ich war

am Anfang ziemlich aufgereggt, aber alle machten gut mit und ganz schnell waren wir mitten im Gespräch! Ich bin aufs nächste Mal gespannt, und mache auf jeden Fall weiter.“ ●

Der Zweite gehört schon zu den Verlierern

In meiner Familie gibt es weit überdurchschnittlich viele, die psychisch krank sind, auch wenn den meisten das nicht bewusst ist. Unter anderem gibt es viele Männer, die andere unterdrücken, um sich selbst zu erhöhen. Mein Vater war schwerer Alkoholiker. Er hatte einen sehr übertriebenen Hang zur Angeberei. Er hat mir praktisch verboten, mich mit Anderen zu vertragen, weil er das für schwächlich gehalten hat. Ich habe mich häufig gefragt, wie mein Leben verlaufen wäre, wenn man mir als Kind erlaubt hätte, Freunde zu haben. Auch heute habe ich noch Probleme mit Freundschaften. Ich denke dann oft, wenn die wüssten, wie ich im Inneren bin, würden sie mich hassen. Ich muss Andere ständig belügen. Und wenn dann meine Leichen aus dem Keller eines Tages hoch kommen, dann sitzen die Freunde in dem Schlamassel mit drin und ich bin auch noch schuld daran.

In der Schule war ich von Anfang an in viele Raufereien verwickelt. Ich habe ständig Streit gesucht, ohne Grund, ich hatte gar nichts gegen die Klassenkameraden. Besonders stolz war ich darauf, auch ältere Schüler anzugreifen oder besonders brutal zu sein. Ich war stolz darauf, dass ich in der Lage war, Skrupel zu überwinden. Ich wollte meinem Vater imponieren. Ich habe absichtlich keine Minute Mathe gelernt und in Klassenarbeiten immer als Erster abgegeben. Ich wollte mich von den Anderen absetzen und die Norm, die mir gesetzt worden war, noch weit übertreffen. Ich war zwar in der Klasse der Beste, aber das hat mich nicht glücklich gemacht. Ich hatte Angst, es könnte in der Nachbarklasse oder der Nachbar-

schule einen Besseren geben und ich werde dann dafür bestraft, weil der Zweite ja schon zu den Verlierern gehört. Mein Vater hat erwartet, dass ich immer und überall der Beste bin, unabhängig von Talent und Förderung. Am schlimmsten war, dass er immer mit mir angegeben und meine Leistungen maßlos übertrieben hat. Ich hatte schon als kleiner Junge das Gefühl, dass ich nur für Leistung Liebe bekomme und dennoch für Leistung ständig bestraft werde. Weil es eben nie gereicht hat, die Messlatte sofort immer höher gelegt wurde.

Durch diese Macho-Erziehung kam es bei mir irgendwie zu einer Spaltung. Einerseits habe ich immer so getan, als sei ich der Größte und habe mich total überschätzt. Andererseits habe ich enorme Ängste entwickelt, Zwangsvorstellungen und Fantasien, für die ich mich sehr geschämt habe. Diese Scham füttert dann die Angst. Ich hatte schon als Kind jede Menge Probleme, die anderen auch aufgefallen sein müssen. Aber es hat mich nie jemand darauf angesprochen oder versucht, mir zu helfen. Mit 15 hatte ich mein Leben eigentlich schon abgeschlossen. Da hatte ich meine Probleme schon seit 10 Jahren und ich dachte, ich komme da nie wieder raus. Ich wusste auch, wenn die Schule zu Ende ist, dann kommen Bundeswehr, Ausbildung, Partnerschaft und Familie, das kann ich alles gar nicht schaffen, das ist völlig unmöglich. Ich habe mich dann darauf eingestellt, dass ich mich früher oder später umbringen werde.

Vor 6 Jahren wurde die Diagnose Narzisstische Persönlichkeitsstörung bei einem Klinikaufenthalt

gestellt. Ich war zuerst überrascht, weil ich nur dieses Klischee im Kopf hatte von diesem griechischen Narziss, der sich in sein eigenes Spiegelbild verliebt. Ich wusste ja, dass ich als Kind Minderwertigkeitsgefühle hatte und mich für sehr hässlich gehalten habe. Da hat mir der Arzt erklärt, das Klischee sei zu einfach, die Narzisstische Persönlichkeitsstörung sei einfach generell alles, was mit Selbstwertproblematik zu tun habe. Das konnte ich dann ganz gut annehmen. Ich glaube aber auch, wenn mir das früher jemand gesagt hätte, wäre ich wahrscheinlich beleidigt und aggressiv gewesen. Zu dem Zeitpunkt hatte ich schon viele Jahre Behandlung hinter mir, dadurch war ich so weit, das anzunehmen, ohne wütend auf den Arzt zu werden.

Hilfreich fand ich an der Diagnose, dass mir ein Licht aufging, wie ich auf andere wirke und auch, wie andere auf mich wirken. Ich habe darüber früher nie groß nachgedacht, wie ich z.B. anderen auf die Füße trete oder dass ich alle Menschen als Gegner betrachte und in unterschiedliche Gegner-Kategorien einteile. Oder wie ich Menschen erkenne, die mich quälen wollen und wie ich denen aus dem Weg gehen kann. Wenn ich das jetzt alles frühzeitig erkennen kann, ist das für mich angenehmer. Wenn man das Narzisstische mal los ist, kann man sich auch besser mit Menschen verstehen und es kommt mehr Sympathie zurück, als wenn man so ein arroganter Schnösel ist, der immer alle anderen fertig macht.

Mit Therapeuten habe ich mir manchmal regelrechte verbale Gefechte geliefert. Ich wollte mich nicht von etwas überzeugen lassen. Ich wollte praktisch gewinnen, im Recht sein. Da war mir jedes Mittel recht. Wenn man mit Scheinargumentationen ein bisschen Übung hat, dann kann man eigentlich nie verlieren. Manchmal sind Therapeuten auch aggressiv geworden, wenn ich immer wieder von demselben Thema angefangen habe. Manchen Therapeuten müsste ich im Nachhinein Schmerzensgeld bezahlen, dafür, dass sie mich überhaupt ertragen haben. Ich hatte damals

so ein Sophistengequassel an mir. Ich dachte, ich muss praktisch in der Diskussion beweisen, dass meine Art zu leben besser ist als alle anderen. Vor den Therapiesitzungen habe ich mir regelrecht Munition für Stunden zurechtgelegt. Wenn jemand ein halbwegs gesundes Selbstvertrauen hat, dann sucht er ja nicht dauernd die Diskussion und den Streit mit Leuten, die ganz andere Überzeugungen und Vorlieben haben als er selbst. Wenn man aber so eine Angst im Nacken hat, dass man seine Gefühle niemals ausleben kann, dass man die ganze Welt gegen sich hat, dann sucht man sich für seine Diskussionen oft genug gerade diejenigen, die völlig anders denken und fühlen als man selbst. Und dann sagt man sich, wenn man es bei dem schafft, ihm die eigenen Ansichten aufzudrängen, dann schafft man es bei jedem. Dieses Gefühl hält aber nicht lange.

Einmal hatte ich während eines Klinikaufenthalts eine Freundin, mit der ich einen ziemlichen Streit hatte. Die Freundin ist dann zu ihrer Therapeutin gegangen, die hätte mich am liebsten aus der Klinik geschmissen. Mein Therapeut hat sich aber hinter mich gestellt. Das war erst das zweite oder dritte Mal in meinem Leben, dass ich das Gefühl von richtiger Rückendeckung hatte. Obwohl ich in diesem Fall sachlich im Unrecht war, hat es wirklich gut getan, so etwas mal zu spüren, dass man jemanden im Rücken hat. Mein Therapeut hat erzählt, das Klinikpersonal sei gespalten in Bezug auf meine Person. Manche

würden mich interessant finden. Andere würden mich arrogant finden und hätten Angst vor mir. Eigentlich ist das ja eine Beleidigung, aber ich habe das als Kompliment empfunden, dass so ein armseliges, mickriges Würstchen wie ich, das in allen Lebensbereichen einen einzigen Trümmerhaufen vor sich hat, so wichtig sein kann, dass gebildete Akademiker mich für arrogant halten und vor mir Angst haben.

Heute lebe ich häufig in Fantasievorstellungen. Sich mit so einem Leben, wie ich es habe, abzufinden, ist ein sehr langwieriger Prozess. Die schiere Verzweiflung ist mir durchaus bekannt. Ich habe häufig mit dem Schicksal gehadert, war neidisch auf Andere. Ich meide Orte, an denen sich Menschen amüsieren. Ich habe in den letzten Jahren aber auch ziemlich viele Fortschritte gemacht. Ich habe von einzelnen Therapeuten viel gelernt, Lebenserfahrung spielt eine Rolle, dass ich in der Reha gut behandelt werde, keinen Druck verspüre und auch, dass ich mich von meinem familiären Umfeld gelöst habe. Seit ein paar Jahren werde ich von Psychologen nicht mehr auf meine Selbstwertproblematik angesprochen. Dafür kann es zwei Erklärungen geben: entweder habe ich so viele Fortschritte gemacht, dass man mich offiziell von der Narzissstischen Persönlichkeitsstörung befreien kann. Oder ich habe beim Taktieren so viel dazu gelernt, dass ich mir nicht mehr so in die Karten schauen lasse. Selbstverständlich ist mir das erste deutlich lieber. ●

Ich höre irgendwie das Gras wachsen

Mein Leben ist im Grunde nicht lebbar und ich versuche, es trotzdem zu leben. Dadurch empfinde ich eine innere Verzweiflung. Angstfrei bin ich eigentlich nur, wenn ich daheim bin und nichts steht an. Sonst habe ich eigentlich immer Angst, vor allem unter Menschen. Ich höre irgendwie das Gras wachsen. Alles strömt

ständig auf mich ein, ich kann mich schwer abgrenzen. Kontakt mit anderen Menschen ist eher schwierig und belastend für mich. Hilfe anzunehmen ist schwierig für mich. Dass jemand mir etwas anbieten kann, das ich auch annehmen kann, kommt selten vor. Wenn jemand von außen auf mich zukommt, habe ich das Gefühl,



es dringe jemand in mich ein. Das will ich nicht, das stört mich. Aber man muss es natürlich oft auch zulassen, sonst müsste man sich ja ganz zurückziehen und das möchte ich auch nicht. Wenn ich allein bin, fühle ich mich ganz gut. Ruhig muss es auch sein.

Wenn ich heim komme, mache ich kein Radio an, auch kein Fernsehen. Meistens lese ich. Ich bin ein Nachtmensch, abends fühle ich mich besser. Gerade wenn ich gearbeitet habe, ist meine Stimmung abends besser. Morgens fühle ich mich schlecht, dann bin ich enttäuscht, dass wieder ein neuer Tag beginnt.

Ich habe immer nach therapeutischer Hilfe gesucht. Innerhalb von zwei Jahren habe ich etwa 50 Therapeuten angerufen. Schon zum Ende der Schulzeit war ich zum ersten Mal in ambulanter Behandlung. Niemand hat mir aber erklärt, was ich eigentlich habe. Ich habe dann selbst viele Bücher gelesen, vor allem über die Borderline-Störung und mir gedacht, das könnte auf mich eigentlich zutreffen. Mehr als 10 Jahre nach meinem ersten Klinikaufenthalt habe ich mal den Entlassungsbericht angefordert, weil ein Arzt den haben wollte. Da stand dann drin, dass ich eine Borderline-Störung hätte. Vor etwa 15 Jahren war ich dann zum Vorgespräch in einer anderen Klinik, dort wurde eine Schizotypische Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Das habe ich dann auch wieder im Bericht gelesen, mit mir besprochen wurde es nicht. Mit dieser Diagnose habe ich mich dann auch beschäftigt und gedacht, dass das doch besser auf mich zutrifft als die Borderline-Störung.

An der Diagnose war für mich hilfreich, zu merken, dass das, was ich mir selbst diagnostiziert habe, dann auch von den Professionellen diagnostiziert wurde. Nachdem ich einiges über Persönlichkeitsstörungen gelesen hatte, habe ich mich doch auch teilweise verstanden gefühlt in den Beschreibungen. Ich habe heute eine andere Einstellung zu meiner Erkrankung und versteh sie besser. Die Symptomatik hat sich aber in den letzten Jahrzehnten eher verschärft. Alles ist ein innerer Kampf bei mir. Wenn ich

in einer unstrukturierten Umgebung oder Situation bin, muss ich besonders mit mir kämpfen, was ich jetzt machen oder sagen soll. Spontan kann ich nur ganz selten sein. Ich bin ein eher zwanghafter Typ. Ordnung ist sehr wichtig für mich. Dieses Ordentliche, Zwanghafte ist aber eigentlich eine Bewältigungsstrategie, ohne die ich überhaupt nicht funktionieren könnte. Mir fehlt irgendwie innere Struktur.

Heute arbeite ich in einer geschützten Werkstatt. Ich denke, es wäre besser gewesen, wenn ich so ein soziales Rehabilitationsangebot schon viel früher bekommen hätte. Ich war vorher über 10 Jahre nur zuhause. Ich habe immer versucht, zu arbeiten, aber es hat nie richtig funktioniert. In diese Einrichtung kam ich nach einem Klinikaufenthalt, bei dem ich die Einrichtung einem Mitpatienten empfohlen habe. Der hat sich dann Informationsmaterial zuschicken lassen. Das habe ich mir dann angeschaut und gedacht, das wäre doch auch was für mich. In der Klinik wurde mir davon aber eher abgeraten. Meine Therapeutin meinte, da sei ich doch sicher unterfordert, ich hätte doch Abitur. Das fand ich schon den Hammer, dass es meine eigene Initiative sein musste, in diese Einrichtung zu kommen.

Arbeit stabilisiert mich, obwohl sie mich auch gleichzeitig belastet. Gut ist, wenn ich in Ruhe arbeiten kann. Wenn mein Chef ständig mit neuen Aufträgen auf mich zukäme, das wäre problematisch. Ich fühle mich eigentlich meistens auch überfordert, obwohl ein Außenstehender das gar nicht verstehen kann. Ich fühle mich immer voll gefordert, auch in meinem Alltag, auch zuhause. Mir wird nie langweilig, denn alles muss genau gemacht werden, braucht Zeit und Anstrengung. Ich bin irgendwie immer im Stress, aber manchmal ist das auch positiv. ●

Impressum

Herausgeber und Redaktionsadresse:
Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB), Postfach 330220, 14172 Berlin, Email: kerbe@beb-ev.de, Internet: www.kerbe.info

Redaktion:
Prof. Dr. Jürgen Armbruster (Redaktionsleitung), Stuttgart; Jürgen Bombosch, Düsseldorf; Karsten Groth, Hamburg; Dr. Klaus Obert, Stuttgart; Margret Osterfeld, Dortmund; Johannes P. Petersen, Rendsburg; Dr. Irmgard Plößl, Stuttgart; Georg Schulte-Kemna, Stuttgart; Dr. Michael Swiridoff, Altenburg; Cornelie Class-Hähnel (Redaktionsassistenz), Stuttgart

Verlag und Bestelladresse:
Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH, Augustenstr. 124, 70197 Stuttgart, Telefon (07 11) 6 01 00-0, Adressenänderungen bitte an: vertrieb@evangemeindeblatt.de

Bezugspreis:
Jahresabonnement für vier Hefte 22,80 Euro (einschließlich Versandkosten), ISSN 0724-5165

Anzeigen:
Anzeigengemeinschaft Süd, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart, Tel. (0711) 60100-41, Fax -76. Email: kerbe@anzeigen-gemeinschaft.de. Internet: www.anzeigen-gemeinschaft.de. Zurzeit gilt die Preisliste Nr. 24 vom 1. Januar 2007

Druck:
Rudolf-Sophien-Stift, Stuttgart
Erscheinungstermine:

1. Februar, 1. Mai,
1. August, 1. November

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegt ein Prospekt von Waschbär - Der Umweltversand Triaz GmbH, Deutschland, Frankfurt, bei.

Bundesverband
evangelische
Behindertenhilfe

BeB

Diakonie

Wenn Sie Anregungen, Wünsche, Bemerkungen zur Kerbe haben, nehmen Sie Kontakt zu uns auf: Email: kerbe@beb-ev.de.

Berufliche Beratung psychisch Kranker

Von Christiane Haerlin

Die monatlichen Runde der Tagesklinikpatienten zum Thema: „Wie geht es beruflich weiter“ hat sich seit einiger Zeit bewährt und ich kann als externer Berater daran teilnehmen. Herr S., 19 Jahre alt, schildert, dass er seine Lehrstelle bei einer Bank verloren hat. Frau K. 34 Jahre, Verkäuferin hofft, wieder im Supermarkt unterzukommen und Herr A., 40 Jahre, Jurist macht sich keine Hoffnung mehr auf eine Arbeitsstelle. Am Ende der Runde biete ich individuelle Beratungsgespräche an.

Während meiner Tätigkeit in beruflichen Trainingszentren wurde ein wirksames Modell ausgearbeitet, das hier beschrieben wird. Die Herausforderung der nächsten Jahre liegt darin, so früh wie möglich nach Krise und Krankheit, noch während der Behandlung, beruflich zu beraten. Das leuchtet vielen ein, getan wird es noch zu wenig. Während wir in der beruflichen Rehabilitation jene beraten haben, die schließlich den Weg zu uns fanden, habe ich eine große Gruppe von „neuen chronisch Kranken“ heranwachsen sehen, die den Weg zu spät oder gar nicht fanden und somit in der heutigen Arbeitswelt kaum Chancen des Wiedereinstiegs in eine angemessene Arbeitstätigkeit haben.

Warum geschieht das immer wieder? Berufliche Fragen scheinen während der Krankheit keinen Platz zu haben und die vielen Misserfolge, die Patienten erleiden, erzeugen Traurigkeit und Hilflosigkeit. Deshalb kommt zunächst Verständnis auf für die Mitarbeiter im therapeutischen Team, die dieses Thema lieber auf spätere Zeiten verschieben – „wenn es Ihnen besser geht“, „wenn Sie wieder zu Kräften gekommen sind“, „wenn geeignete Reha Fachleute sich nach der Entlassung kümmern können“.

Und genau das ist die Falle für alle Beteiligten, die es zu verhindern gilt. Das Thema wird weiter

und weiter geschoben, bis die Chancen auf eine hoffnungsvolle Arbeitsperspektive schwinden.

Hier geht es darum, wie man diese Falle vermeidet oder wieder herauskommt, wenn man schon drin sitzt. Es geht um einen klaren Kopf, flexibles Umdenken und einige wirkungsvolle Strategien. Das soll anhand der Beispiele verdeutlicht werden.

Der Therapeut sagt

- zu Herrn S.: „Was ist Ihnen in der Lehre gut von der Hand gegangen, was haben Sie gerne gemacht?“
- zu Frau K.: „Wie lange haben Sie beim Supermarkt Erfahrung gesammelt? Gibt es Kolleginnen, zu denen Sie einen guten Kontakt hatten?“
- Zu Herrn A.: „Was war Ihre beste Stelle als Jurist?“

Diese Fragen fokussieren bei den Beteiligten auf Ressourcen und gute Zeiten, statt auf Probleme, die die Patienten oft selbst in den Vordergrund schieben. Diese Fragen könnten die Beteiligten neugierig machen, davon mehr zu berichten und zu erfahren. Der Patient könnte ermutigt werden, nicht alles schwarz zu sehen. Vermutlich hat jeder der drei genannten Patienten wesentlich mehr gute Arbeitszeiten als schreckliche Tage erlebt und diese Wirklichkeit gilt es ans Licht zu bringen. Ich habe viele Patienten erlebt, die verwundert waren, dass sich jemand für diese Seiten ihres Lebens interessiert, die sie selbst oftmals vergessen hatten.

Gesicherte Erkenntnisse der Rehabilitationsforschung der letzten Jahrzehnte untermauern dieses Vorgehen. Hier werden einige genannt:

- Je früher nach akuten Krisen und Krankheitsphasen bei Patienten im arbeitsfähigen Alter, berufliche Beratung stattfindet, desto ernster und vollständiger fühlen sich die Patienten ver-

standen, desto größer sind die Chancen des Wiedereinstiegs. Das haben u.a. Klösterkötter, Häfner und Hambrecht beschrieben. Ein Wegschieben und Verdrängen des Themas entlastet keineswegs. Wer nachfragt, wird feststellen, dass der Patient sich sowieso Sorgen um die Arbeit macht.

- Je früher im Leben, möglichst im jugendlichen Alter, berufliche Beratung zu einer dringend notwendigen Qualifizierung und Ausbildung führt, desto besser trägt dies auch zur psychischen Stabilisierung bei.
- Berufliche Beratung und Rehabilitation beginnen nicht nach der Therapie, sondern mit dem ersten Tag der Behandlung und ist die Angelegenheit des gesamten Teams und nicht nur eines überlasteten Sozialarbeiters. Erstmals hat dies der englische Sozialpsychiater Douglas Bennett erfolgreich praktiziert.
- Der Klient ist der Experte für seinen beruflichen Weg. Er weiß, wie es in seiner Arbeitswelt aussieht, und kann Wünsche und Ziele benennen, wenn er ehrlich gefragt wird. Das entlastet den Therapeuten und Berater – er muss nicht alle beruflichen Welten kennen. Seine Kompetenz ist es, die beruflichen Erfahrungen des Klienten ans Licht zu heben, die derzeitige Situation einzuschätzen und gemeinsam realistische Ziele und Schritte zu erarbeiten.

- Die Familie des Patienten macht nicht nur Schwierigkeiten, sondern hält auch Ressourcen und Unterstützung bereit, wenn sie entsprechend einbezogen wird. Oft sichert sie ohnehin die Existenzgrundlage und ist schon deshalb ein wichtiger Partner, der einige Hebel in der Hand hat. Es sollte kein Entlassungsgespräch ohne sie stattfinden. Dann wäre ihre Skepsis, dass berufliche Themen zu viel Druck erzeugen und sogar bis zu suizidalen Absichten



Christiane Haerlin
Ergotherapeutin, Arbeits schwerpunkte: Arbeitstherapie und berufliche Rehabilitation. Mitbegründerin der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie. Sie ist an zahlreichen Veröffentlichungen u.a. zum Thema psychische Erkrankung und berufliche Rehabilitation beteiligt.

führen können, unbegründet. Sie würde aus ihrer Erfahrung heraus, für notwendigen Schutz und sensibles Vorgehen sorgen. Der Familientherapeut Gunthard Weber hat dies vielfach beschrieben.

Die Schwierigkeit bei der Forderung nach möglichst früher Beratung, liegt in der Tatsache, dass die beratenden Experten der beruflichen Beratung und Rehabilitation, die es allerorts gibt, notgedrungen immer zu spät am Ball sind. Jene, die am Ball sind und die Krisen- und Akutversorgung zu leisten haben, fühlen sich nicht zuständig und kompetent beim Thema Arbeit und haben alle Hände voll zu tun, in den immer knapperen Behandlungszeiten das notwendigste zu tun. Ich erntete oft genug zynische Blicke bei der Forderung: keine Entlassung ohne berufliche Beratung.

Hier soll im Angesicht dieser Schwierigkeiten dennoch all jenen Therapeuten in Krankenhäusern, Tageskliniken und ambulanten Diensten Mut gemacht werden, sich der beruflichen Beratung ihrer Patienten zu widmen. Der wichtigste Grund liegt in der Tatsache, dass eine hoffnungsvolle berufliche Perspektive zur Überwindung des aktuellen Krankheitsgeschehens beitragen kann und einen Sinn aufzeigt, für den es sich lohnt zu leben. Patienten befinden sich inzwischen mit dieser Erkenntnis in guter Gesellschaft so vieler sogenannter gesunder Arbeitsloser, die durch den Verlust der Arbeit, in psychische Notlagen geraten und laut Statistiken der letzten Jahre zunehmend psychisch erkranken. Ein weiteres Argument, frühzeitig zu handeln.

Wenn die Erkenntnis bei Teams und Therapeuten da ist, wirkungsvoll handeln zu wollen, so sind einige notwendige Schritte zu beachten.

Zeit und Ablauf des beruflichen Beratungsgespräches

Ein erster Schritt sorgt dafür, dass ein Zeitfenster entsteht, wie das Beispiel zeigt.

Ergotherapeut/Sozialarbeiter/Arzt:

- zu Herrn S., Frau K. und Herrn A.: „Beim nächsten Gesprächster-

min nehme ich mir Zeit für ihre berufliche Situation und gemeinsam werden wir eine Perspektive erarbeiten. Können sie bis dahin einen Lebenslauf mitbringen, den Sie vielleicht zu Hause noch haben? Ihre Familie könnte helfen. Gerne kann ein Familienmitglied dabei sein und Sie unterstützen.“

Bei diesem Termin wird die Arbeitsgeschichte mit guten und schlechten Zeiten durchgegangen, die jetzige Situation mit bestehenden Befürchtungen und Hoffnungen ins Auge gefasst und mögliche Ziele benannt. Daraus ergeben sich Empfehlungen als Richtschnur für die kommenden Monate und – mindestens – drei konkrete Schritte, die bereits während der Klinik/Therapiezeit angegangen werden. Gemeinsam wird das Wichtigste sofort schriftlich festgehalten (ein PC ist heute fast überall vorhanden). Therapeut/Berater und Patient unterschreiben den Text und das Original erhält der Patient. Wichtige Bezugspersonen, wie z. B. Familie, Rehabilitationsexperten, psychosoziale Partner können mit seiner Erlaubnis und am besten durch ihn selbst eine Kopie erhalten.

Erzielte Empfehlungen und Schritte

Beispiele erläutern, wie nach Kenntnis der Arbeitsgeschichte, die derzeitige Situation bedacht, Empfehlungen und konkrete Schritte ausgearbeitet werden.

Therapeut /Berater:

- zu Herrn S. „Sie sagten mir, dass Sie die Lehre abgebrochen haben und dies nun bedauern. Es wäre gut, beim Arbeitgeber nachzufragen, ob eine Fortsetzung der Lehre möglich ist. Ich empfehle Ihnen, zusammen mit Ihren Eltern, die damals ja die Stelle gefunden haben, ein Gespräch mit der Personalabteilung. Wenn es irgend möglich ist, sollten Sie die Ausbildung beenden, damit Sie später als Fachkraft bessere Arbeitschancen haben. Psychische Krisen können zwischenzeitlich aufgefangen werden, wir wissen jetzt besser, welche Therapie bei Ihnen wirksam ist.“

- Zu Frau K. „Sie sagten, eine Kollegin sei Ihnen sympathisch gewesen. Könnten Sie mit ihr

Kontakt aufnehmen? Ich rate Ihnen, sich mit Ihrer Kollegin zu treffen und wenn möglich ihre Unterstützung für einen Wiedereinstieg zu erbitten. Da sie den Filialleiter kennt, könnten Sie mit ihr geeignete Schritte besprechen.

- Zu Herrn A.: „Ihre beste Zeit war vor vielen Jahren eine frei-berufliche Tätigkeit, berichteten Sie mir. Es könnte schwierig sein, bei Ihrem alten Arbeitgeber, der Stadtverwaltung erneut zu arbeiten. Ein Ziel könnte es jetzt sein, in Ihrem Spezialgebiet, eine freiberufliche Tätigkeit anzu-steuern. Ich empfehle Ihnen, sich an die Rehabilitationsabteilung Ihres zuständigen Kostenträgers, der deutschen Rentenversiche-rung zu wenden und auszuloten, ob Sie hierfür eine Förderung zur Auffrischung von Kenntnis-sen erhalten können. Wenn Sie Ihre beruflichen Sicherheiten insgesamt wieder aufbauen wol- len, käme auch ein berufliches Trainingszentrum in Fragen, um Ihnen einen besseren Start zu ermöglichen.“

Diese Beispiele zeigen, wie sich alle Beteiligten, angeregt durch das Kennenlernen des Lebenslau-fes, in kleinen Schritten vorwärts bewegen können, ohne dass spezielle Dokumente, Behörden- und Antragverfahren im Vordergrund stehen – das fürchten viele und verhindert die notwendige Bewe-gung.

Erste Schritte während einer psychiatrischen Behandlung erwachsen zunächst aus der Tatsache, dass Team und Patient eine spezielle Zeit reservieren mit dem erklärten Ziel, aus vergangenen Erfahrungen und der Einschät-zung der derzeitigen Situation eine zukünftige Perspektive nicht für den nächsten Tag, sondern die nächsten Monate zu erarbeiten. Wenn gefragt wird, woher diese zusätzlichen ein bis zwei Stunden genommen werden sollen, so lautet ein Vorschlag, diese Priorität in den ergotherapeutischen Stun-denplan einzubauen.

Das Vorgehen ist wirkungsvoll: Es benötigt kaum Unterlagen, lediglich ein einfacher Lebenslauf ist hilfreich. Im Mittelpunkt stehen die Schilderung des Patienten und

ein zuhörender Therapeut, der gemeinsam ein schriftliches Ergebnis mit Empfehlung und konkreten Schritten aufschreibt, das mit Genehmigung des Patienten, in Kopie an wichtige Bezugspersonen ergeht.

Der Patient, der gewöhnt ist, dass verschlossene Umschläge mit Gutachten nur an den behandelnden Arzt gehen, in einer Sprache, die für ihn oft nicht geeignet ist, hält nun ein Originalschreiben in seinen Händen. Er hat daran mitgewirkt und die Botschaft des Empowerment ist klar: Er steuert den Prozess mit und wer ihn dabei unterstützt, wird konkret benannt.

Mit diesem Vorgehen sind mehrere Vorteile verbunden:

- Der Patient fällt nicht in ein schwarzes Loch, nach Hause entlassen ohne Arbeit und Plan, oftmals der Auslöser für Wiedererkrankungen.
- Patient, Familie und professionelle Bezugspersonen erhalten eine Zielrichtung mit dem Auftrag für konkrete Schritte, weit über die Entlassung hinaus.
- Berufliche Planung und Perspektive, auch wenn sie nachgebessert und verändert werden müssen, vermitteln Hoffnung und Zutrauen auf eine sinnerfüllte Rolle in der Gesellschaft..
- Verhindert werden soll die Schaffung einer nächsten Generation von „chronisch Kranke“, die deshalb keine Chancen mehr auf dem Arbeitsmarkt haben, weil Beratung, Planung und Förderung gar nicht oder zu spät angeboten wurden.

Die Integration in die heutige Arbeitswelt kann eher erfolgreich sein, wenn der Patient, so gut es geht, in Tuchfühlung mit ihr bleibt. Dazu sind alle Beteiligten aufgefordert ihren Beitrag zu leisten, durch frühzeitige Information und Planung. Der Beratung können handelnde Schritte folgen: Hospitationen, Praktika und Arbeitsversuche, berufliche Förderprogramme, Rehabilitationsmaßnahmen und Wiedereinstiegs- und Integrationshilfen.

Die Beispiele zeigen, dass an erster Stelle keinesfalls Anträge, Behördengänge und Wartezeiten

für Genehmigungen von Maßnahmen und Rehabilitationszentren – oft genug als abschreckend und unüberwindbar erlebt – stehen. An erster Stelle steht die spezielle Qualität der ein bis zwei Stunden mit den gemeinsam verfassten Empfehlungen und Schritten.

Es ist ermutigend, dass manche ambulanten Dienste und Tageskliniken bereits in diese Richtung gehen. Es bleibt zu hoffen, dass Krankenhäuser mit ihren Tageskliniken und Ambulanzen, gerade wegen der kurzen stationären Verweildauern, ihre Chancen in diesem Vorgehen erkennen. Die da hinter liegenden Erkenntnisse, Konzepte und daraus folgenden Grundhaltungen sind in den letzten Jahren durch einschlägige Publikationen und praktische Arbeitshilfen präzisiert und beschrieben worden (www.btz-koeln.de; www.koelnerinstrument.de). So gesehen verbessern sich Perspektiven der beruflichen Integration für psychisch Kranke. ●

Literatur

- Aktion Psychisch Kranke** (Hg.) (2008): Personenzentrierte Hilfen zu Arbeit und Beschäftigung.Bonn
- Aktion Psychisch Kranke** (Hg.) (2009): www.apkv.de.
- Aktion Psychisch Kranke** (Hg.) (2004): Individuelle Wege ins Arbeitsleben. Bonn
- Amering,M; Schmolke,M.** (2007): Recovery – das Ende der Unheilbarkeit.Bonn
- Arendt,H.**(1985): Vita Activa. Piper Verlag, München
- Bauer,J.** (2006): Prinzip Menschlichkeit – warum wir von Natur aus kooperieren.Hamburg
- Becker,T.** (2007): Rehabilitation bei schizophrenen Erkrankungen.Köln
- Beifuß,C.** (2007): Fragen können wie Küsse schmecken.Heidelberg
- Bennett,D.**(1993):Standards der psychiatrischen Rehabilitation aus internationaler Sicht.
- BTZ:** www.btz-koeln.de
- Bennett,D.** (1990): Community Psychiatry.London
- Bertelsmann Stiftung** (Hg.) (2002): Handbuch Beratung und Integration. Gütersloh
- Berufliche Trainingszentren** (2009): www.bag-btz.de
- Berufsbildungswerke** (2009): www.bagbbw.de
- Berufsförderungswerke** (2009): www.ddbw.de
- Betriebskrankenkassen** (2009): Psychisch krank im Job. Was tun? www.bkk.de und www.bapk.de.
- Bieker, R.** (Hg.) (2005): Teilhabe am Arbeitsleben. Kohlhammer Verlag, Stuttgart
- BTZ Köln** (Hg.): Kreisbild der Arbeitsfähigkeiten. Köln www.btz-koeln.de.
- Ciompi, L.** (1985): Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranke.Heidelberg
- Ciompi, L.** (1990): Zeit und Psychiatrie.Bern
- Dachverband Gemeinschaftspsychiatrie (2009): www.psychiatrie.de/dachverband
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten** (Hg.) (2004): DVE Indikationskatalog.Idstein
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie** (2009): www.psychiatrie.de/dgsp
- Experienced Involvement** (2009): www.ex-in.info
- Expertenkommission der BRD (Hg.) (1988):Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung, BMJFG.Bonn
- Familien psychisch Kranke** (2009): www.psychiatrie.de/familienselfhilfe
- Fassauer,K.** (Hg.) (2004):Chancen und Möglichkeiten der Rehabilitation psychisch Kranke und behinderter Menschen. Ulm, www.dvfr.de
- Gräwe, K.** (2000): Psychologische Therapie. Göttingen
- Greve,N.** (2007): Umgang mit Psychopharmaka. Bonn
- Grove,B.** (2005):Workplace interventions for people with common mental health problems and individual placement and support. London www.scmh.org.uk und www.guideline.gov/ summery
- Grove,B.** (2005): New Thinking about Mental Health and Employment. Oxford
- Haerlin, C.** (1990): Diagnostik in der AT – mehr als Ausfüllen von Checklisten.SPI Bonn
- Haerlin, C.** (1993): Die Arbeitnehmerrolle und die Kompetenz zum Behandeln.Köln www.btz-koeln.de
- Haerlin,C.** (2009): Berufliche Beratung psychisch Kranke, Psychiatrie Verlag, Bonn
- Hildebrand,B.** (2005):Einführung in Genogrammaarbeit.Heidelberg
- IBRP** (2009): Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung. www.ibrp-online.de
- Integrationsfachdienste** (2009): www.bag-ub.de
- Integrationsämter** (2009): www.integrationsamt.de
- Integrationsfirmen** (2009): www.bag-integrationsfirmen.de
- Internationales Arbeitsamt, ILO** (Hg.) (2007): Gleichheit bei der Arbeit. Den Herausforderungen begegnen. Genf
- Jahoda, M.** (1983): Wieviel Arbeit braucht der Mensch.Beltz Verlag, Weinheim
- Klosterkötter, J.; Häfner,H. ; Hambrecht,M.** (1998): Frühdagnostik und Frühbehandlung psychischer Störungen. Heidelberg
- Knuf,A.** (2006):Empowerment in der psychiatrischen Arbeit.Bonn
- Köhler, K. ; Steier.Mecklenburg,F.** (Hg.) (2008): Arbeitstherapie und Arbeitsrehabilitation. Thieme Verlag, Stuttgart
- Kölner Instrumentarium** (2009): www.koelnerinstrumentarium.de
- Marotzki,U.** (2004): Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis.Heidelberg
- Mecklenburg,H; Stork,J.** (Hg.) (2008): In Arbeit kommen und bleiben. Psychiatrie Verlag, Bonn
- Miller, W.** (2009): Motivierende Gesprächsführung. (Lambertus wo ?)
- Modellprogramm der BRD, BMJFG** (Hg.) (1988): Empfehlungen der Expertenkommission.Bonn
- Plog, U.** (2003): Von einer die auszog die Psychiatrie das Zuhören zu lehren.Bonn
- Psychiatrieerfahrene** (2009): www.bpe-online.de
- Rehabilitationszentrum psychisch Kranke RPK (2009): www.bagrpk.de
- Scholz,R; Schulz,A.** (2007):Haben Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit einen Einfluss auf die Höhe der Lebenserwartungen ? www.rostockerzentrum.de
- Schütt,H.** (2009):Bonner Arbeitstraining. www.hfpk.de
- Shepherd,G.** (2008): Making Recovery a Reality. London www.scmh.org.uk
- Simon, F.; Weber,G.** (2004): Vom Navigieren beim Driften.Heidelberg
- UN Konvention** (2009): www.behindertenbeauftragte.de
- Weber, P.** (1999): Vom Behandeln zum Handeln. Stuttgart
- Werkstätten für behinderten Menschen** (2009) www.bagwfbm.de

Peers in der Berliner Krisenpension

Von Beate Mücke

Abstract

Die Berliner Krisenpension ist eine Alternative zur Psychiatrischen Klinik. Mit ihr soll die Lücke geschlossen werden zwischen der stationären Behandlung in der Klinik und der ambulanten Behandlung und Betreuung bei niedergelassenen Ärzten, im Heim, in der Wohngemeinschaft sowie der Einzelfallhilfe. Es wird ihre Geschichte erzählt und wie es zur Mitarbeit von Peers kam. Weiter geht es darum, wie Peers ins Team integriert werden.

Das Besondere an der Berliner Krisenpension ist: Sie ist trialogisch organisiert.¹ Neben Angehörigen und Profis arbeiten auch Erfahrungsexperten oder auch Peers mit. Wie kam es zu dem Einsatz von Peers? Die Frage ist eng verknüpft mit der Frage: Wie kam es zu der Krisenpension? Deshalb soll zunächst ihre Geschichte erzählt werden. Seit September 2005 gibt es die Berliner Krisenpension. Vorbild u.a. ist die Soteria, deren Konzept auf eine verständnisvolle Begleitung in akuten psychotischen Krisen in einem möglichst normalen, kleinstämmigen und familiartigen Milieu zielt. Entsprechend soll die Krisenpension in einer schweren psychischen Krise einen Zufluchtsort bieten.

In der Berliner Krisenpension arbeiten circa 25 Mitarbeiter. Das Team ist multiprofessionell aufgestellt: Psychologen, Sozialarbeiter etc. sowie Angehörige und Erfahrungsexperten. Aktuell arbeiten drei Angehörige und sieben Erfahrungsexperten mit. Um die Kontinuität in der Begleitung zu verbessern, wurde Mitte 2009 ein Kernteam gebildet, das aus 18 Mitarbeitern besteht. Im Hintergrund arbeitet ein Arzt, der zuvor vereinbarten Zeiten täglich vorbeikommt. Im Notfall kann er auch sofort kommen. Es stehen Betten für sieben Bewohner bereit.

Die Idee von „Peers“ in der Krisenpension

Im Jahr 2002 gründete sich in Berlin-Schöneberg im sogenannten „S-Bahnhof“, einer Beschäftigungstagesstätte für psychisch

beeinträchtigte Menschen, die Arbeitsgruppe „Alternative zur Psychiatrie“, aus der später die Krisenpension hervorgegangen ist. Was war zuvor geschehen? Ein wichtiger Meilenstein in diese Richtung waren die 1989 von Dorothea Buck und Thomas Bock ins Leben gerufenen Psychoseseminare mit ihrer trialogischen Struktur (vgl. Bombosch u.a. 2007). Weitere Impulse kamen 1994 vom Weltkongress für Psychiatrie mit dem wegweisenden Titel „Bye, bye Babylon“, der andeutet, dass mit der Zusammenarbeit aller drei Gruppen eine gemeinsame Sprache gefunden werden musste. Auch die Gründung der beiden Betroffenen-Verbände „Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener“ (1992) sowie das „Netzwerk Stimmenhören“ (1998) gehören in das Entstehungsumfeld von „AG“ und Krisenpension. Man kann sagen: Der Trialog lag in der Luft. In Berlin gab es auch schon eine kleine Trialoggruppe im „S-Bahnhof“. Ausschlaggebend für die Idee einer alternativen Kriseneinrichtung aber war ein Vortrag, den Theiß Urban im Jahr 2001 in der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft in Berlin-Schöneberg über die Soteria in Gütersloh hielt. „Das war“, so Monika Büttner, Mitarbeiterin der Krisenpension, „das Tüpfelchen auf dem I“. Und Gitta Dressel, Initiatorin der „AG“ und Mitgründerin der Krisenpension, beschreibt die Situation so: „Wir machen das auch! Wir versuchen so ein Projekt hier in Berlin.“

Die Arbeitsgruppe „Alternative zur Psychiatrie“ wurde mit dem Ziel gegründet, eine Soteria auf-

zubauen. Dabei war „von vornherein klar“, so Gitta Dressel, dass Psychiatrieerfahrenen und Angehörige mitarbeiten sollten. Ein Psychiatrieerfreuer kam vom Bundesverband Psychiatrieerfreuer und eine Psychiatrieerfreue kam vom Netzwerk Stimmenhören in die „AG“. Beide wurden als gleichberechtigte Mitglieder voll akzeptiert. Nichtsdestotrotz wollte man von Profiseite auch erst mal sehen, ob die Psychiatrieerfahrenen regelmäßig mitarbeiten können. Die „AG“ war also bereits eine Art Erprobungsfeld für die spätere Mitarbeit in der Krisenpension. Die Idee, eine Soteria zu gründen, wurde bald wieder verworfen, da sie als nicht finanzierbar galt.

An der „AG“ beteiligt waren auch zwei Ärzte, der Berliner Krisendienst und das Weglaufhaus. Das Weglaufhaus schied recht bald wieder aus, da es keine Einrichtung mit „Behandlung“ wollte. Aber gerade die Behandlung wurde von der „AG“ als besonders wichtig erachtet. Aus dem „S-Bahnhof“ kannte man die Probleme mit der „Drehtürpsychiatrie“ und der Chronifizierung von Klienten sowie ihre jahrelange, auch überdosierte Medikamenteneinnahme. „Wir brauchen eine Einrichtung“, so Gitta Dressel, „in der Menschen in Krisensituatiosn anders aufgenommen werden als in einer Klinik“. Der Trialog wurde dabei als Bereicherung erlebt. Man habe nicht die absolute Wahrheit. Für einige Klienten gab es jahrelange Angebote, trotzdem ändere sich an ihrem Zustand nichts.

Gemeinsam mit Psychiatrieerfahrenen sollte die Krisenpension mit dem Ziel gegründet werden, die psychiatrische Versorgung weiterzuentwickeln und humaner zu gestalten. Die einmal im Monat im „S-Bahnhof“ stattfindenden Vollversammlungen waren schon immer trialogisch ausgerichtet. Auf diese Weise kamen weitere Psychiatrieerfreue dazu. Der

Kreis war offen, jeder war eingeladen mitzumachen. Die Zusammenarbeit war allerdings auch sehr mühsam, da alles gemeinsam erarbeitet werden musste. Das brauchte viel Zeit.

Skepsis gegenüber der Mitarbeit von Peers

In der „AG“ gab es zunächst keinerlei Skepsis gegenüber der Mitarbeit von Peers, wohl aber, als es mit der Krisenpension ernst wurde. Als die Wohnung gefunden und angemietet wurde, es also losgehen sollte, „da kam Skepsis auf“. Es bestand ein sehr unterschiedliches Niveau sowohl bei den professionellen Mitarbeitern als auch bei den Psychiatrieerfahrenen. Es konnte aber jeder mitmachen. Man war auch auf jeden angewiesen, da es nur geringe finanzielle Mittel gab. Dennoch, ohne die großzügige personelle wie teilweise auch finanzielle Unterstützung der beteiligten Träger – besonders seitens der PINEL gGmbH und der Einzelfallhilfe Berlin gGmbH – wäre das Projekt bereits in der Frühphase gescheitert.

Doch es gab nicht nur diese selbtkritischen Überlegungen, die Kritik kam auch von außen. Auf der Betroffenenseite waren die „Irrenoffensive“, aber auch das oben bereits erwähnte Weglaufhaus mit dem Wunsch nach „Behandlung“ nicht einverstanden. Auch die Professionellen aus der Berliner Versorgungslandschaft übten Kritik: Es gebe im Projekt „zu wenig Professionalität“ und „zu wenig Qualifikation“. Das könne nicht gut gehen.

Integration der Peers

Inzwischen sind vier Jahre vergangen. Es wurde eine eigenständige Organisation gegründet, die Krisenpension und Hometreatment gGmbH, die eine fruchtbare Zusammenarbeit mit zwei Krankenkassen (City-BKK und TK) entwickeln konnte. Und die Peers arbeiten seit Anbeginn erfolgreich mit. Wie werden sie in das Team integriert?

Im Frühjahr 2009 hat die fachliche Leitung sowie der Arzt der Krisenpension gewechselt. Mit

der Möglichkeit, im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung eine bezirksweite ambulante Krisenversorgung aufzubauen, kommen nun neue Anforderungen auf die Mitarbeiter der Krisenpension zu, die in Zukunft getreu dem Leitsatz „ambulant vor stationär“ hauptsächlich im Hometreatment, der Versorgung zu Hause, tätig sein werden. In diesem Zusammenhang werden alle Mitarbeiter in Fortbildungen mit den aus Finnland stammenden Konzepten des „Open Dialog“ (Seikkula, Arnikil, 2007) und des „Need Adapted Treatment“, die Grundlage der zukünftigen Arbeit in der Krisenpension sein sollten, vertraut gemacht. Beide Konzepte kommen den Psychiatrieerfahrenen entgegen: Die Klienten wissen oftmals selbst besser, was gut für sie ist. Deshalb ist es sinnvoll, sie und ihre Bedürfnisse in den Mittelpunkt des Behandlungsprozesses zu stellen. Außerdem sind die im „Open Dialog“ veranstalteten Netzwerktreffen an Gleichberechtigung orientiert und trialogisch besetzt. Es werden Freunde und Angehörige eingeladen, und es sind der Klient oder die Klientin sowie Professionelle beteiligt. Auch setzen die Netzwerkgespräche narrativ an. Das heißt, die Klienten und ihre Angehörigen erzählen überwiegend und bestimmen Thematik und Relevanzen des Gesprächs. Das ist ein Ansatz, der aus Psychoseseminaren, Trialoggruppen und Selbsthilfegruppen bekannt ist.

Fast alle Erfahrungsexperten der Krisenpension haben einen EX-IN Kurs absolviert, wodurch sie ihr oft eher intuitives Wissen systematisieren konnten. Damit alle Mitarbeiter des Kernteams in etwa auf einen Stand kommen, absolvieren sie zurzeit eine interne Ausbildung.

Nicht allein durch Qualifizierung werden die Peers ins Team integriert. Auch was die konkrete Arbeit anbelangt, sind Peers an vielen Aufgaben beteiligt. Sie können als Bezugsbegleiter arbeiten, das heißt, sie sind der direkte und bleibende Ansprechpartner eines Klienten, helfen mit bei dessen Alltagsstruktur, machen Hausbesuche und begleiten Menschen durch ihre Krisen, sie führen

Gespräche und vermitteln Erfahrungswissen. In all diesen Bereichen können sie aufgrund der besonderen Organisationsstruktur Verantwortung übernehmen. Einmal wöchentlich finden gemeinsame Teamsitzungen statt, auf denen Klientenverläufe sowie das weitere Vorgehen ausführlich besprochen werden.

Peers stärken sich gegenseitig

In der Literatur wird gefordert, dass mindestens zwei Peers in Einrichtungen mitarbeiten sollten, um sich gegenseitig zu stützen. Der Austausch untereinander wird als „Stärkung der eigenen Arbeit erlebt“ (Scheffel, 2009). Das ist auch in der Krisenpension von Bedeutung. Eine wichtige Stütze für die Arbeit der Peers besteht neben regelmäßiger Supervision auch in einem einmal im Monat tagenden „Trialogischen Forum“, auf dem aktuelle Belange besprochen werden können. Beispielsweise wird diskutiert, wie das ist, wenn man vom Bewohner zum Mitarbeiter wird? Wie kann man damit umgehen? Oder auch umgekehrt: Wie ist das, wenn man vom Mitarbeiter zum Bewohner wird? Beides ist schon vorgekommen. Ein wichtiges Thema in diesem Zusammenhang ist die Stigmatisierung. In der Krisenpension sind alle Peers „geoutet“, also auch offen für Stigmatisierung, das heißt Nichtanerkennung und Abwertung aufgrund ihrer Psychiatrieerfahrung. Deshalb ist es wichtig, dass sie Selbstbewusstsein zeigen, sich engagieren und nicht resignieren. Oftmals wird diskutiert, wie man eine Ebene der Gleichberechtigung erreichen kann, so dass man Experte aus Erfahrung bleiben kann. Dass das nicht verwischt oder verwässert werden muss. Oder: Wie gelingt es, durch die Psychiatrieerfahrung eine Aufwertung zu erlangen?

Zustimmung des Teams zum Trialog?

In der Literatur wird betont, dass es wichtig sei, dass das gesamte Team hinter dem Trialog steht (Wolters, 2009). Die Zustimmung des gesamten Teams zum Trialog dürfte schwierig sein. Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass auch Konkurrenz im Spiel ist,



dass Peers auch billiger sind und damit professionelle Mitarbeiter verdrängen wie Amering (2009) und Knuf (2009) befürchten. Es geht um subtile Ängste vor einem Arbeitsplatzverlust, aber auch um fachliche Zweifel. Weiter geht es um Ansprüche und die Verteidigung von angestammten Aufgaben (Spiegelberg, 2009). Die Zusammenarbeit zwischen professionellen Mitarbeitern und Erfahrungsexperten ist auch ein ständiger Kampf um Gleichberechtigung, wobei die Peers sich Macht nehmen müssen und die professionellen Mitarbeiter Macht abgeben müssen. Das ist nicht immer ein konfliktfreier Prozess.

Deshalb ist es wichtig, dass die Leitung voll und ganz hinter dem Trialog steht. Bei Streitigkeiten zwischen den Mitarbeitergruppen muss sie vermitteln, um beide Gruppen zu integrieren. Diese Anforderung und Aufgabe kann für die Krisenpension als gelungen bezeichnet werden. Allen Mitarbeitern wird immer wieder vor allem durch die Leitung signalisiert, dass die Erfahrungsexperten wichtig sind und dazu gehören. Das wiederum fördert die Zusammenarbeit. Die Organisationskultur ist durch Gleichberechtigung beider Gruppen gekennzeichnet.

Es besteht ein großer Unterschied, ob Peers in eine bestehende traditionelle Struktur integriert werden sollen, oder ob sie, wie in der Berliner Krisenpension, von vornherein dazugehören und bereits bei der Konzeptentwicklung beteiligt sind. Das heißt, ein großer Teil der in der Krisenpension arbeitenden professionellen Mitarbeiter kennt nur diese Konstellation, in die neue Mitarbeiter erst hineinwachsen müssen. Wenn das gelingt, ergibt sich ein „Lernfeld mit Übersetzungsmöglichkeiten“ (Heinze, 2006) und für professionelle Mitarbeiter eine „Fortbildung ohne Absicht“ (Kempen, 2008).

Pionierarbeit

Die Krisenpension leistet Pionierarbeit (vgl. auch Spiegelberg, 2009) im doppelten Sinn: Sie stellt eine Alternative zur Klinik dar, und es arbeiten Peers mit. Die Zusammenarbeit in diesem

Rahmen ist für alle, professionelle Mitarbeiter und Erfahrungsexperten, neu. Auch die professionellen Mitarbeiter haben noch keine Erfahrung damit, wie sich diese alternative Einrichtung entwickeln wird. Für Peers bedeutet die Mitarbeit in der Krisenpension einen wesentlichen Schritt in Richtung „Recovery“. Sie sind (wieder) ins Arbeitsleben integriert, und sie finden Sinn in einer erfüllenden Beschäftigung. Dadurch werden sie selbstbewusster, und ihr Selbstwertgefühl steigt (Kempen, 2008). Die Genesung schreitet voran. Insofern ist „Recovery“ nicht allein Motor und Voraussetzung dieser Entwicklung, Peers zu Mitarbeitern zu machen (Knuf, 2009), sondern auch Ergebnis.

Ausblick

Erfahrungsexperten sollen nicht den Anspruch haben, die besseren Profis sein zu wollen. Sie sollten sich vielmehr auf ihre eigenen Qualitäten besinnen. Das heißt, dass sie Erfahrungen weitergeben, die sie mit ihren Krisen gemacht haben, aber auch Erfahrungen, die sie in Zusammenarbeit mit anderen Peers beispielsweise in EX-IN erarbeitet haben. Peers können zum Einsatz kommen, wenn Klienten weniger psychologische Begleitung brauchen, sondern eher Alltagsstruktur und Alltagsorientierung. Wenn sie eher verstanden werden wollen, und wenn ihnen dabei jemand zuhören soll, der Ähnliches erlebt hat.

Die Rolle der Peers ist noch sehr neu. Es gibt noch wenig gelebte Erfahrung. Insofern kann die Rolle auch noch nicht, was wünschenswert wäre (Utschakowski, 2009), klar definiert werden. Vielmehr wird sie sich auch in Abgrenzung zur herkömmlichen Psychiatrie noch entwickeln müssen. ●

Anmerkungen

1 Für wichtige Hinweise und interessante Anregungen danke ich Thomas Flöth.

Literatur

- Amering, M. (2009), Kunst ist schön, aber macht viel Arbeit. Hindernisse und Widerstände gegen die Peer-Arbeit, in: Utschakowski, J., G. Sielaff & T. Bock (Hg.), Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern, Psychiatrie-Verlag, 58-69
- Bombosch, J., H. Hansen & J. Blume (Hg.) <2004> 2007, Trialog praktisch. Psychiatrie-Erfah-

rene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie, Paranus

Heinze, A. (2006), Krisenpension Berlin-Schöneberg. Die Wirksamkeit einer alternativen Begleitung für Menschen in akuten seelischen Krisen, Master-Thesis

Kempen, K. (2008), Betroffenenbeteiligung am Beispiel der Krisenpension, Diplomarbeit

Knuf, A. (2009), Recovery, Empowerment und Peer-Arbeit, in: Utschakowski, J., G. Sielaff & T. Bock (Hg.), Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern, Psychiatrie-Verlag, 33-47

Scheffel, R. (2009), Mein eigentliches Wesen gefunden, in: Utschakowski, J., G. Sielaff & T. Bock (Hg.), Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern, Psychiatrie-Verlag, 127-131

Seikkula, J. & T. E. Arkil (2007), Dialoge im Netzwerk. Neue Bratungskonzepte für die psychosoziale Praxis, Paranus

Spiegelberg, U. (2009), Genesungsbegleiter beschäftigen. Soziale Unternehmen profitieren von Psychiatrieerfahrenen, in: Utschakowski, J., G. Sielaff & T. Bock (Hg.), Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern, Psychiatrie-Verlag, 141-147

Utschakowski, J. (2009), Strukturelle Voraussetzungen und Bedingungen der Peer-Arbeit, in: derselbe, G. Sielaff & T. Bock (Hg.), Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern, Psychiatrie-Verlag, 70-79

Wolters, H. (2009), Transparenz und Offenheit. Bedingungen in psychiatrischen Teams, in: Utschakowski, J., G. Sielaff & T. Bock (Hg.), Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern, Psychiatrie-Verlag, 122-126

Wege aus der Depression

Wenn die Seele krank ist – Ein Ratgeber

Depression: Globales Problem, Volkskrankheit, lebensbedrohliche Erkrankung oder eine „ganz normale Krankheit“? Alles möglich, aber wie überwindet man eine Depression. Patienten, Ärzte Wissenschaftler, Seelsorger, Therapeuten zeigen im neuen Thema-Heft des Evangelischen Gemeindeblattes für Württemberg „Wege aus der Depression“. Das handliche Heft mit 50 Seiten erzählt, berichtet, informiert und ist ein richtiger kleiner Ratgeber.

Das Heft „Wege aus der Depression“ ist erschienen beim Evangelischen Gemeindeblatt für Württemberg und für 4 Euro (Staffelpreise ab 10 Exemplaren sind möglich) erhältlich bei:



Evangelische Gemeindepresse GmbH, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart, Telefon 0711-6010061, E-Mail: vertrieb@evangemeindeblatt.de

Aus der Redaktion:

Wir freuen uns, in diesem Jahr Johannes Peter Petersen als neues Mitglied der Kerberedaktion begrüßen zu können.

Johannes Peter Petersen ist Diplom-Pädagoge, Projektmanagement-Fachmann und Betriebswirt der Sozialwirtschaft. Als Referent im Diakonischen Werk Schleswig-Holstein ist er zuständig für sozialpolitische Grundsatzfragen und Suchthilfe.

Wir verabschieden *Dr. Katharina Ratzke* aus dem Redaktionsteam.



Ihre engagierte und überaus fähige Mitarbeit im Team und die redaktionelle Betreuung vieler Themenhefte hat die Redaktion der Kerbe über lange Jahre sehr bereichert.

Wir verabschieden ebenfalls

Andreas Knuf.

Als Mitglied der Redaktion und Autor hat er die Kerbe in den letzten Jahren intensiv und kreativ mitgestaltet. Das aktuelle Heft *Persönlichkeitsstörungen* ist in seiner redaktionellen Verantwortung entstanden.



Wir bedanken uns sehr herzlich für die wertvolle Mitarbeit von Dr. Katharina Ratzke und Andreas Knuf!

SEGA

Verein zur Förderung der Seelischen Gesundheit im Alter e.V.

3. Fachtagung: Neues und Interessantes aus der Demenz-Therapie

24.03.10, 9:00 bis 16.30 Uhr
Amberg, Schloßgraben 3, Landratsamt Amberg-Sulzbach, König-Ruprecht-Saal

Programm: www.agvb.de/pdf/veranstaltungen/ft240310.pdf

Nachrichten aus dem BeB Bundesverband der evangelischen Behindertenhilfe



mitMenschPreis

BeB und Curacon zeichnen innovative inklusive Projekte aus

Der Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB) als Ausrichter und die Curacon GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (Curacon) als Preisgeld-Stifter loben in diesem Jahr gemeinsam erstmalig den mitMenschPreis aus. Ausgezeichnet werden Projekte und Initiativen, die die konkrete Arbeit im Bereich der Behindertenhilfe oder Sozialpsychiatrie betreffen. Die Ausschreibung richtet sich an Projekte und Initiativen, die vom Grundgedanken der Inklusion getragen sind – des selbstverständlichen Zusammenlebens aller Menschen, gleich ob mit oder ohne Behinderung. Im Fokus stehen dabei insbesondere Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf. Die Projekte und Initiativen sollen ausdrücklich darauf zielen, deren Chancen zur umfassenden, selbstbestimmten Teilhabe zu erhöhen. Dabei sollen die Themen der Inklusion und der selbstbestimmten Teilhabe von Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf öffentlichkeitswirksam aufbereitet sowie deren Anliegen transportiert werden.

Kriterien

Die Projekte und Initiativen sollen

- einen konkreten, erkennbaren Nutzen für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf haben und zur Steigerung ihrer Lebensqualität beitragen;

- die Gemeinwesenorientierung als zentrales Element beinhalten, dem Grundsatz der Beteiligungsorientierung folgen und die Teilhabe von Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf sicherstellen;
- von Achtsamkeit in Haltung und Handeln und im Umgang mit Begriffen geprägt und durchdrungen sein;
- eine möglichst breite Plattform haben sowie Ziel und Absicht

verfolgen, neue Erfahrungen zu machen und neue Wege zu erschließen;

- eine nachhaltige, langfristige Wirksamkeit entfalten und kontextbezogen eine möglichst große Ausstrahlung erzielen;
- Vorbildcharakter haben und bereits in der Projektkonzeption die prinzipielle konzeptionelle Übertragbarkeit erkennen lassen, so dass das Innovationspotential sowie das dazugehörige Know-how für andere nutzbar werden.

Bewerbung

Bewerben können sich juristische Personen, die als gemeinnützig anerkannt sind. Das Projekt/die Initiative soll zum Zeitpunkt der Preisausschreibung bereits begonnen haben, darf allerdings nicht älter als zwei Jahre sein. Das Preisgeld darf nicht zur Anschubfinanzierung verwendet werden. Die Bewerbung erfolgt per Online-Formular auf der Webseite des mitMenschPreis www.mitMenschPreis.de oder schriftlich unter Verwendung des Bewerbungsbogens auf der Webseite des mitMenschPreis. Die eingereichten Bewerbungen werden online, das heißt auf der Webseite des mitMenschPreis veröffentlicht. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen. Bewerbungsschluss ist der 31. März 2010 (Ausschlussfrist).

Preisgeld und Preisverleihung

Durch BeB und Curacon findet eine Vorauswahl der eingereichten Projekte und Initiativen statt. Eine unabhängige Jury entscheidet über den Preisträger. Der Preis wird im Rahmen einer feierlichen Veranstaltung verliehen, die am 10. September 2010 in der Vertretung des Landes Brandenburg beim Bund in Berlin stattfindet. In den Folgejahren soll die Verleihung des Preises jeweils in unterschiedlichen Landesvertretungen stattfinden. Das Preisgeld beträgt 10.000 Euro. Vier weitere Projekte und Initiativen, die in die Endauswahl gekommen sind, werden mit einer Urkunde sowie einer lobenden Erwähnung bedacht. Über den

Sieger sowie über die weiteren vier Projekte und Initiativen wird – voraussichtlich in den Sommermonaten 2010 – jeweils ein kurzer Dokumentationsfilm angefertigt. Die Filme werden im Rahmen der Preisverleihung gezeigt, danach im Internet publiziert sowie den Projekten und Initiativen zur Verfügung gestellt.

Öffentliche Aufmerksamkeit

Nicht nur in wirtschaftlich turbulenten Zeiten, in denen soziale Themen durch das Prinzip der Ökonomie oftmals ins Hintertreffen geraten, benötigen Menschen mit Behinderung Unterstützung und öffentliche Aufmerksamkeit. BeB und Curacon sind davon überzeugt, mit dem mitMensch-Preis einen Beitrag zu leisten, damit das Grundrecht von Menschen mit Behinderung auf selbstbestimmte Teilhabe am Leben in unserer Gesellschaft verwirklicht und in der öffentlichen Wahrnehmung gestärkt werden kann. Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf mehr selbstbestimmte Teilhabe am Leben in unserer Gesellschaft zu ermöglichen, ist eine wichtige und wertzuschätzende Aufgabe. BeB und Curacon hoffen, dass sich möglichst viele Projekte und Initiativen dieser Aufgabe stellen und sich um den mitMenschPreis bewerben.

Informationen und Bewerbung unter: www.mitmenschpreis.de.

Zur Sicherung der Marktfähigkeit

Selbsteinschätzungsbogen des BeB für diakonische Unternehmen

Dieser von einer Arbeitsgruppe des BeB entwickelte Selbsteinschätzungsbogen wurde mit dem Ziel entwickelt, die Mitgliedseinrichtungen dabei zu unterstützen, mittels der Beantwortung von 30 spontanen Fragen eine persönliche Markteinschätzung des eigenen Unternehmens vornehmen zu können. Aus den Ergebnissen der Einschätzung können Unternehmensstrategien entwickelt werden, die sich am Markt und am diakonischen Profil orientieren. Dieses Thema wird auch den inhaltlich-

fachlichen Schwerpunkt bei der Tagung für Einrichtungsleiterinnen und -leiter vom 25. bis 27. April 2010 in Bergisch Gladbach bilden. Diese Tagungsreihe wird ab dem nächsten Jahr unter dem Titel „Bundeskongress für Führungskräfte im BeB“ ausgeschrieben werden.

Der Selbsteinschätzungsbogen wurde im September 2009 durch den Vorstand des BeB verabschiedet und erstmals im Rahmen der Fachtagung Dienstleistungsmangement im Oktober 2009 in der BruderhausDiakonie in Reutlingen der breiten (Verbands-)Öffentlichkeit vorgestellt.

Der Selbsteinschätzungsbogen steht sowohl auf der Homepage (www.beb-ev.de) als auch im bebnet (www.bebnet.de), jeweils in der Rubrik „Fachthemen“, zum kostenlosen Download zur Verfügung.

Jahrestagung des BeB

Auf der Suche nach neuen Bausteinen
Zur Teilhabe am Arbeitsleben
7. bis 9. Juni 2010
Dresden

Der Vorstand des BeB hat eine Neuausrichtung der in den vergangenen acht Jahren unter dem Motto „Bunte Vielfalt unter einem Dach“ firmierenden Fachtagung des BeB für leitende Mitarbeiter aus Werkstätten, Integrationsprojekten und Tagesförderstätten beschlossen. In ihrem Zuschnitt war die Tagung sehr auf das Arbeitsfeld der Werkstätten ausgerichtet, andere Felder der beruflichen Rehabilitation spielten eine untergeordnete Rolle.

Die Werkstätten sind Kernbestandteil der Unterstützungslandschaft für die Teilhabe am Arbeitsleben und werden dies auch in Zukunft sein. Von daher wird das Themenfeld im BeB weiterhin großes Gewicht behalten. Gleichwohl sind weitere Bausteine – wenn auch kleiner – für die zukünftige Gestaltung von Arbeitsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen bedeutsam und werden es zukünftig noch stärker werden. Ihre Weiterentwicklung

und ihr Ausbau ist neben der Entwicklung und dem Aufgreifen innovativer Impulse für die Werkstattarbeit im Interesse des BeB und seiner Mitglieder, damit diakonische Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch in zehn oder zwanzig Jahren noch an der Spitze stehen. Deshalb wurde eine neue Vorbereitungsgruppe berufen, deren Mitglieder unterschiedliche Perspektiven auf den Arbeitsbereich „Teilhabe am Arbeitsleben“ richten und in die Tagungsvorbereitung einbringen können.

Gemäß eines Vorstandsbeschlusses soll sich der Schwerpunkt der Tagung im nächsten Jahr auf „Alternative Beschäftigungsmöglichkeiten“ nach dem Motto „Institutionen öffnen – Übergänge gestalten“ richten. Einrichtungen und Dienste der beruflichen Rehabilitation werden auch weiterhin einen wichtigen Stellenwert für die Teilhabemöglichkeiten am Arbeitsleben für Menschen mit Behinderungen haben. Wie aber können die Leistungen dieser Institutionen mehr genutzt werden, um die Bandbreite an Teilhabemöglichkeiten zu erhöhen? Welche Rolle spielt dabei die Gestaltung von Übergängen, beispielsweise von der Schule ins Erwerbsleben, von der beruflichen Qualifizierung in die Beschäftigung und von der WfbM in Arbeitsverhältnisse außerhalb dieser Institutionen? Welche neuen Institutionen – im Sinne von Regelwerken – werden benötigt, um dauerhafte, stabile und verlässliche Unterstützungsformen in alternativen Beschäftigungsmöglichkeiten zu schaffen? Diese und weitere Fragen zur Zukunft der Teilhabe am Arbeitsleben und beruflichen Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen sollen im Mittelpunkt der Diskussion der Tagung stehen. Die Jahrestagung des BeB zur Teilhabe am Arbeitsleben findet vom 7. bis 9. Juni 2010 in Dresden statt.

Die Tagungsausschreibung und Anmeldemöglichkeiten werden in nächster Zeit im Extranet des BeB bebnet online gestellt und im Februar 2010 mit BeBaktuell postalisch versandt.

Psychiatrie Jahrestagung 2010

Seelische Gesundheit durch Prävention und frühzeitige Hilfen fördern
Sozialräume gestalten
5. bis 6. Mai 2010
Gustav-Stresemann-Institut Bonn

veranstaltet vom Bundesverband evangelische Behindertenhilfe in Zusammenarbeit mit dem Diakonischen Werk der EKD

Immer häufiger erleiden Menschen mindestens einmal in ihrem Leben eine psychische Erkrankung. Parallel dazu nimmt der Umfang der Krankschreibungen von Menschen zu, die auf Grund einer seelischen Erkrankung zeitweilig oder auch langfristig aus dem Arbeitsleben ausfallen oder vollständig ausscheiden. Der DAK-Report 2009 weist aus, dass der Anteil der psychischen Krankheiten an den Krankschreibungen im Zeitraum von 1998 - 2008 überproportional um gut 60% auf 10,6% angestiegen ist. Krankheitsspezifische Behandlungsoptionen sollen ausgebaut und gefördert werden. Gleichzeitig besteht im Bereich der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen nach wie vor eine erheblich Unterversorgung

Auch in der Gemeindepsychiatrie steigen die Fallzahlen. So nimmt beispielsweise in NRW die Zahl der Menschen zu, die eine ambulante Unterstützung erhalten, während die Zahl der Heimunterbringungen auf gleichbleibend hohem Niveau stagniert. Die Gemeindepsychiatrie reagiert darauf zunehmend mit Konzepten der Inklusion und der Sozialraumorientierung. Mit großem Engagement werden der Erhalt und die Verbesserung der Teilhabechancen für Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen unterstützt.

Dennoch: diese Befunde müssen die psychiatrischen Hilfe-, Behandlungs- und Unterstützungssysteme beunruhigen, weisen sie doch darauf hin, dass es bisher nur bedingt gelingt, psychischen Erkrankungen prophylaktisch oder präventiv entgegen zu wirken. Weder allein der Ausbau individueller therapeutischer

Behandlungsformen noch die Orientierung am Sozialraum oder am Leitziel der Inklusion hat bisher eine Trendwende bewirkt.

Was bedeutet dies für die Weiterentwicklung der Gemeindepsychiatrie? Reicht es aus, sich weiterhin für die Re-Integration von chronisch erkrankten Menschen einzusetzen oder muss sich die Sozialpsychiatrie nicht stärker in die allgemeine soziale Daseinsvorsorge integrieren zum Nutzen aller Bürgerinnen und Bürger? Können Präventionskonzepte, wie sie in anderen Bereichen der Medizin praktiziert werden, auf seelische Erkrankungen sinnvoll übertragen werden und deren Zunahme begrenzen? Die Gemeindepsychiatrie muss sich auch fragen ob sie ihre Professionalität und Methodenkompetenz um präventive (und damit inklusive) Arbeitsansätze ergänzen muss, um frühzeitiger im Gemeinwesen wirken zu können.

Möglicherweise besteht der Weg in die Gemeinde darin, dass die Sozialpsychiatrie ihr psychiatrisches Know-How und ihr Wissen um menschliches Leiden und um die Bedürfnisse von Menschen in seelischen Krisen als ihren Beitrag in den Prozess der Gestaltung von lebenswerten Sozialräumen einbringt. Welche Chancen liegen darin, wenn die Gemeindepsychiatrie aktiv ihre isolierte Rand-Stellung als „Psychiatrie-Gemeinde“ aufgibt, um das Gemeinwesen zusammen mit Psychiatrie-Erfahrenen, deren Angehörigen und Bürgerhelferinnen und Bürgerhelfern mit zu gestalten? Ein Gemeinwesen, in dem alle Menschen zumindest seltener an psychischen Erkrankungen und deren negativen sozialen Folgen zu leiden haben.

Lebenshilfe

Die Kooperation der Landesverbände Bayern, Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg bietet für Führungskräfte im Jahr 2010 ein breit gefächertes Angebot zur Kompetenzerweiterung an.
Informationen bei den Landesverbänden: www.lebenshilfe-bayern.de; www.lebenshilfe-rlp.de, www.lebenshilfe-bw.de.

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie

Das Kurzfortbildungprogramm für das Jahr 2010 ist erschienen.

Informationen:

dgsp,
Zeltinger Straße 9,
50969 Köln
Tel.: 0221-51 10 02
Fax: 0221-52 99 03
Email:
dgsp@netcologne.de
www.psychiatrie.de/dgsp



Bundesfachakademie (BuFa) gemeinnützige GmbH, GFO

Region Nord

Qualifizierung zur Fachkraft für Betreuungsplanung im Team / Schwerpunkt GBM
12.04. – 16.04.2010;
25.10. – 28.10.2010, Kühlungsborn

Persönlichkeitsstörungen bei Menschen mit geistiger Behinderung
20.04. – 22.04.2010, Steinfurt

Psychose und Sucht
Suchttherapeutische, sozialpsychiatrische Zugänge und Handlungsansätze
22.04. – 23.04.2010, Fulda

Überzeugen muss kein Kraftakt sein! Einsatz von Körper, Stimme und Sprache beim Verhandeln, beim Präsentieren
26.04. – 28.04.2010, Steinfurt

Neue Zielgruppen bringen neue Herausforderungen für die WfbM
Angebots- und Konzeptentwicklung der WfbM für sogenannte „Systemsprenger“
3./4.05.2010; 28./29.09.2010;
29./30.11.2010, Steinfurt

Die reden doch nur!

Von der schwierigen (und unmöglichen?) Rolle der sozialen Fachdienste in WfbM
04.05. – 05.05.2010, Steinfurt

Hilfebedarfserhebung – Hilfebedarfsplanung – Berichterstattung in der Eingliederungshilfe
17.05. – 18.05.2010;
14.06. – 15.06.2010, Steinfurt

Werkstätten für behinderte Menschen. Bildung, Teilhabe und Integration für Menschen mit einer seelischen Behinderung
7. – 8. Juni 2010, Steinfurt

Den Ruhestand gestalten LERNEN
Impulse für die Praxis: Wenn Menschen mit Behinderungen in den Ruhestand gehen ...
9. – 11.Juni 2010, Münster

Region Süd

Hilfebedürftige Menschen zwischen Elternhaus/Familie und Institution
10. – 12. März 2010,
Königheim / Tauberbischofsheim

Sozialraumorientierung in der Sozialen Arbeit mit dem Schwerpunkt Lebenswelt
10. – 12. März 2010, Hösbach

Borderline-Störungen verstehen
10./11.März 2010, Bernhäuser Forst

Führung »Marke Eigenbau« – zwischen Mitarbeiterorientierung und Aufgabenorientierung
14. – 16. April 2010, Rothenburg

Die Rolle der Assistentin/ des Assistenten – Der Paradigmenwechsel fordert den Rollenwechsel
27. – 29. April 2010, Schwarzhach

Die Rechte behinderter Menschen
28. – 30. April 2010, Hösbach

Doppeldiagnose: psychisch krank und geistig behindert
4. – 6. Mai 2010, Hösbach

Verhaltensauffälligkeiten als Traumatisierung verstehen
10. – 11. Mai 2010,
Leinfelden-Echterdingen

Geteiltes Leid ist halbes Leid
Trauer und Trauerbegleitung in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung
10. – 12. Mai 2010, Hösbach

Informationen:

Bundesfachakademie BuFa/GFO
www.bufa-gfo.de
• Region Nord, Friesenring 32/
34, 48147 Münster, Telefon 0251
2709-396 Fax 0251 2709 398
Email: nord@bufa-gfo.de;

Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach

ZENTRUM FÜR PSYCHIATRIE, PSYCHOTHERAPIE
PSYCHOSOMATIK UND NEUROLOGIE |



Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n

LEITER/IN DES SOZIALDIENSTES

Wir erwarten eine Qualifikation als Diplom-Sozialarbeiter/Diplom-Sozialpädagoge (m/w) oder gleichwertig (bzw. abgeschlossenen Bachelor-/Master-Studiengang). Die Wochenarbeitszeit beträgt 38,5 Stunden. Vorgesehen ist der Einsatz in einer der drei psychiatrischen Abteilungen der Klinik. Die Leitungsaufgaben sollen 20 % der Arbeitszeit ausmachen, während die übrige Zeit auf die sozialdienstlichen Regelaufgaben einer psychiatrischen Station bzw. Tagesklinik entfallen soll.

Die Klinik orientiert sich am bio-psycho-sozialen Verständnis- und Erklärungsmodell psychischer Störungen. Die sozialpsychiatrische Perspektive von Diagnostik, Behandlung und Versorgung hat einen hohen Stellenwert.

Wir wünschen uns eine/n Mitarbeiter/in mit einschlägiger mehrjähriger Berufserfahrung in der Versorgung psychisch kranker Menschen. Tätigkeiterfahrungen in einem psychiatrischen Arbeitsumfeld sind wünschenswert.

Neben überzeugender fachlicher Kompetenz und Bereitschaft zu hohem Engagement sollten Sie die Fähigkeit mitbringen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit klaren Vorstellungen motivierend und orientiert am Leitbild des Klinikträgers zu führen. Vorgezugsweise verfügen Sie bereits über mehrjährige Führungserfahrung.

Wir bieten ein gutes Betriebsklima und eine Vergütung nach den Bestimmungen des TV-L mit den üblichen Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes.

Bewerber/innen mit Behinderungen werden bei entsprechender Eignung bevorzugt eingestellt. Bewerbungen von Frauen sind ausdrücklich erwünscht.

Die Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach – Akademisches Lehrkrankenhaus der Universitätsmedizin Mainz – ist ein Behandlungszentrum für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie mit 1.006 Betten/Plätzen in differenzierter Leistungsstruktur in der Trägerschaft des Landeskrankenhauses (AÖR).

Die Klinik ist Zentrum gemeindepsychiatrischer Verbundsysteme mit Tageskliniken, Institutsambulanz, psychiatrischem und heilpädagogischem Heim und komplementären, außerklinischen Versorgungsaufgaben. Sie beschäftigt rund 1.200 Mitarbeiter/innen.

Wir sind ein moderner Arbeitgeber, der sich der Gesundheitsförderung der Mitarbeiter/innen widmet, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf fördert und im Rahmen seiner Möglichkeiten behinderten- und altersgerechte Arbeitsplätze zur Verfügung stellt.

Für weitere Auskünfte steht Ihnen der Ärztliche Direktor Dr. Stefan Elsner, Tel. 02632 407-412, gerne zur Verfügung. Bitte richten Sie Ihre aussagefähige Bewerbung unter Angabe der **Kennziffer 1206** innerhalb von drei Wochen nach Erscheinen der Anzeige an die

Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach
Personalabteilung • Vulkanstraße 58 • 56626 Andernach
www.rhein-mosel-fachklinik-andernach.de



• Region Süd, Sudetenweg 92,
74523 Schwäbisch Hall
Telefon 0791 500-282
Fax 0791 500-300
Email: moser@bufa-gfo.de;

Anmeldung:
Zentrale Veranstaltungsorganisa-

tion der Diakonischen Akademien
BuFa/BAKD/FAKD,
Heinrich-Mann-Str. 29,
13156 Berlin, Telefon: 030 – 488
37 488 Fax: 030 – 488 37 300
Email:
info@bundeskademie-kd.de;
www.bundeskademie-kd.de