



Christliches Krankenhaus Quakenbrück GmbH
Zentrum für Psychologische und Psychosoziale Medizin

F. Lühring

Leitende Dipl.-Psychologin
Psychologische Psychotherapeutin (VT)
Supervisorin (IFT)

8. Jahrestagung

Psychiatrische und Psychosomatische Pflege

**Grenzen und Möglichkeiten pflegerischen
Handelns im psychotherapeutischen Prozess**

Quakenbrück
16.11.2013

Grenzen

- Zeit
- Gewohnheiten
- Persönliche Grenzen
- etc.

Möglichkeiten

- Pflegerisches Handeln im Sinne des psychotherapeutischen Prozesses (im Sinne des Patienten) vereinfachen durch:

„Komplementäre Beziehungsgestaltung“

Der Fall von Frau B.

- Frau B., 1959 geboren, in erster Ehe verheiratet, drei erwachsene Kinder
- 2013 erste psychiatrische Aufnahme im CKQ aufgrund einer rezidivierenden Depression
- Zwei stationäre Aufenthalte aufgrund einer Depression in anderen Kliniken (1996 und 1998) sind aus der Vorgeschichte bekannt

Der Fall von Frau B.

Aktuell berichtete Beschwerden:

Die Patientin berichtet seit 2011 durchgängig depressiv zu sein. Auslöser seien Konflikte mit ihrem Ehemann gewesen, der zum damaligen Zeitpunkt an einer Manie erkrankt war.

Sie fühle sich von ihm bedroht.

Zudem fühle sie sich zu Hause für alles verantwortlich, sie müsse alles allein machen, ihre Angehörigen würden nicht helfen.

Sie mache sich große Sorgen darüber, was Nachbarn denken und müsse immer sichergehen, dass alles so perfekt ist, dass kein Nachbar was zu meckern findet.

Der Fall von Frau B.

2011 habe sich die Situation so zugespitzt, dass sie sich unter Alkoholeinfluss in den Arm geritzt habe.

Sie habe dann in Panik ihren Sohn angerufen, der den Notarzt informiert habe.

Sie sei für eine Woche in der KJK in Wehnen gewesen.

Danach habe sie sich so sehr für die Ereignisse geschämt, dass es ihr noch schlechter ging.

Jetzt gehe es gar nicht mehr. Sie leide unter einer allgemeinen Angst vor dem Leben – einer „Lebensangst“- die sie nicht mehr aushalte.

Sie schaffe „dass alles nicht mehr“.

Der Fall von Frau B.

Behandlungsverlauf:

- Stationäre Behandlung im CKQ, ca. 6 Wochen, im Verlauf Verschlechterung der Symptomatik, massive Schuld und Grübelgedanken, die sich im Kontakt zu anderen (Familie, Pflegepersonal, Behandler) zu verstärken schienen → Daher Entlassung in die ambulante Behandlung
- 10 Tage später „erzwungene“ Wiederaufnahme aufgrund einer Alkoholintoxikation → die Patientin hatte in der Zwischenzeit zunehmend Alkohol getrunken und sich dem Ehemann gegenüber suizidal geäußert.

Der Fall von Frau B.

Erneute zweiwöchige stationäre Behandlung mit dem Ziel
der zeitnahen Verlegung in die Tagesklinik

Im Anschluss 14-wöchige (!) tagesklinische Behandlung

Seit Mitte September 2013 stabil entlassen

Der Fall von Frau B.

Typische interaktionelle Probleme im (pflegerischen) Alltag:

- Ständiges Nachfragen: „Wird es wieder besser?“
- Körperlich sehr nah kommen
- Hören was sie hören will
- Bei Mitpatienten Mitleid erregen, selber aber kein Interesse an den Mitpatienten zeigen
- Kein Gefühl für die Situation; wie mit Scheuklappen durch die Welt gehen, kommentarlos herausgehen ...

Komplementäre Beziehungsgestaltung

Übergeordnete/Zentrale Beziehungsmotive sind nach Sachse:

- Das Motiv nach Anerkennung, Wertschätzung und positiver Definition.
- Das Motiv nach Wichtigkeit
- Das Motiv nach verlässlicher Beziehung
- Das Motiv nach solidarischer Beziehung
- Das Motiv nach Autonomie
- Das Motiv nach Unverletzlichkeit des eigenen Territoriums und der eigenen Grenzen

Komplementäre Beziehungsgestaltung

Eine Therapeutisch zielgerichtete Interaktion
dient den Behandlungszielen der Patienten
kann Bezugspersonen aber auch zeitlich
und emotional entlasten

Komplementäre Beziehungsgestaltung

Praktisch bedeutet dies, sich **motiv**befriedigend zu verhalten aber nicht komplementär zur **Spielebene**

Der Fall von Frau B.

Im Fall von Frau B. bedeutete dies:

- Die Einführung fester pflegerischer Kurzkontakte (fester Zeitpunkt, fester Zeitraum)
- Dem Anmelden von Anliegen wurde nicht unmittelbar entsprochen sondern knapp geklärt, ob es auf die abgesprochene Zeit zu legen ist.

Der Fall von Frau B.

Psychotherapeutische Kontakte bei:

- Verbesserung der Symptomatik,
- Beendigung des Gesprächs bei Verschlechterung des Befindens im Gesprächsverlauf bzw. Rückfall in stereotypes Beklagen von Grüblerischen Sorgen, Befürchtungen und Schuldgedanken
- Einbeziehung der Familie in das therapeutische Rational und die Interaktionsregeln

Löschung vs. Verstärkung

... aber bitte mit Plan und mit Transparenz
für den Patienten!

Typisches Muster bei....

Narzistischer Struktur:

- zentrale Beziehungsmotive:
Anerkennung, Wertschätzung, Wichtigkeit, Solidarität
- Auftreten:
„Ich bin toll“,
„Ich muß als erster behandelt werden“ (Mords-Molly)
- Strategie:
„füttern“

Typisches Muster bei....

Histrioner Struktur:

- zentrale Beziehungsmotive:
Wichtigkeit
- Annahme:
„Ich werde nicht wahrgenommen“,
„ich habe anderen nichts zu bieten“,
- Auftreten:
“Nimm mich wahr!“
- Strategie:
Schwere der Problematik anerkennen, feste Regeln

Typisches Muster bei....

Selbstunsicherer Struktur:

- zentrales Beziehungsmotive:
Anerkennung als Mann oder als Frau
- Annahme:
„Ich bin nicht attraktiv (genug)“
- Verhalten sich wenig manipulativ, suchen Rückversicherung:
“Finden sie mich in Ordnung?“
- Strategie:
Anregen selbständig nach Bestätigung zu suchen

Typisches Muster bei....

Dependenter Struktur:

- zentrales Beziehungsmotiv:
Verlässlichkeit und Solidarität
- Verhalten:
Mach dich unentbehrlich,
ordne dich unter,
vermeide Auseinandersetzungen,
bring deinen Partner dazu, ständig für dich da zu sein
- Strategie:
Verlässlich sein, Bevormundungen vermeiden

Typisches Muster bei....

Passiv-aggressiver Struktur:

- zentrale Beziehungsmotive:
Unverletzlichkeit der eigenen Grenzen
(Personen sind extrem verletzlich für Grenzverletzungen),
Autonomie, Anerkennung
- Annahme:
Offener Widerstand verschlimmert das Problem
- Strategie:
Keinen Druck ausüben, Entscheidungen von Patienten treffen lassen

Typisches Muster bei....

Schizoider Struktur:

Annahme: Folge emotionaler Verwahrlosung

- zentrale Motive: Anerkennung, Wichtigkeit, Verlässlichkeit, solidarische Beziehung
- „Spiele“: kaum manipulativ, Kontaktvermeidung zum Selbstschutz
- Strategie: Loyal bleiben, Interesse zeigen, Tempo vom Patienten bestimmen lassen (nicht überrollen)

Typisches Muster bei....

Paranoider Struktur:

- zentrale Motive: Verteidigung der eigenen Grenzen und des eigenen Territoriums
- „Spiele“: „Opfer anderer Personen“, „Opfer der Umstände“, „immer ich“, Provokationen, damit der andere sein „wahres Gesicht“ zeigt
- Strategie: Verständnis zeigen ohne sich gegen einen Dritten zu solidarisieren

Typisches Muster bei....

Zwanghafter Struktur:

- zentrale Beziehungsmotive:
Anerkennung/Respekt, Wichtigkeit und Solidarität - sind aber nicht mehr repräsentiert, da sie sanktioniert wurden
- Annahme:
Eigene Bedürfnisse sind gefährlich
- Verhalten:
„Normbefolger“
- Falle:
Streit über Regeln
- Strategie:
Unter keinen Umständen die Normen diskutieren

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit !

Literaturempfehlung: Rainer Sachse; Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für die
psychologische Psychotherapie, Hogrefe Verlag