

Integrative Gestalttherapie und Persönlichkeitsstörungen

Die Erweiterung des Diagnostikkonzeptes von L. Jacobs um die dependente/abhängige Persönlichkeitsstörung bzw. -akzentuierung

GESTALTTALK am IGWien
8.5.2019

Mag. Barbara Wisnecky

Ätiologiemodelle von Persönlichkeitsstörungen

Empirisch ermittelte
Risiko- und Schutzfaktoren

(Dobiosch & Benecke, 2018)



NEUROBIOLOGIE

- Neurobiologische **Befunde** sind **NICHT spezifisch** für die Entstehung oder Aufrechterhaltung von **PST**
(Schmidt & Rein, 2018)
- Biologische Veränderungen, die man bei Menschen mit PST feststellen konnte, finden sich meist auch bei anderen psych. Erkrankungen

ERBLICHKEIT, EPIGENETIK

- **Einfluss von Lebenserfahrungen auf biologische Mechanismen** (Zill, 2018)
- -> auch Erziehung hat Auswirkungen auf neurohormonelle Funktion und Genexpression (PRÄVENTION!)
- Untersuchungen bzw. Herstellung von **Kausalität schwierig**, da die Erziehung und Genetik miteinander **interagieren** (-> Epigenetik)
- **Forschung** erst am **Anfang!**

SOZIODEMOGRAPHISCHE FAKTOREN

- ...wie beispielsweise Geschlecht, Bildungsgrad, Beziehungsstatus, sozialer Status **bedingen sich gegenseitig** und spielen komplex bei Entstehung einer PST zusammen
- Direkte **Kausalzusammenhänge** sind **unzulässig!**
- PST bei 14,2% der **Getrennten**, 14,5% der **Geschiedenen**, 4,1% der **Verheirateten**, 1,9% der **Alleinstehenden**, 15,5% der **Arbeitslosen**, 3,2% **der Vollzeit-Beschäftigten** (Coid et al., 2006)

TEMPERAMENT

- Bestimmte **Temperamente** des Säuglings- und Kleinkindalters sind **für spätere psychopathologische Auffälligkeiten prädisponierend!**
- Kindl. Temperament mit **starker Schadensvermeidung** (Carter et al., 2001) und **niedrigere Belohnungsabhängigkeit** (Milder et al., 1994) ist **prädiktiv für PST!**



ERZIEHUNGSVERHALTEN

- Maladaptives (problematisches) Erziehungsverhalten wie z. B. Eltern benutzen **Schuldgefühle**, um das Kind zu kontrollieren; **inkonsistente Regeln**; **Aspekte** betreffend **Zuneigung u. Kommunikation** mit Kind, **Zeit**, die mit Kind verbracht wird
- Wahrscheinlichkeit, an PST zu erkranken, ist bei Kindern, die problem. EV ausgesetzt sind, **um 1,34-Mal höher** als bei Kindern ohne diese Erfahrung. (Johnson et al., 2001a, 2004, 2006b)
- **elterliche psych. Störungen in Verbindung mit problematischem Erziehungsverhalten** führt zu höherem Risiko, im frühen Erwachsenenalter an PST zu erkranken.

TRAUMATA

- Sexuelle Gewalt
- Körperliche Gewalt
- Psychologische bzw. emotionale Gewalt
- Vernachlässigung
- **73% der Personen mit PST** berichteten von **Missbrauch** und/oder **Vernachlässigung** (Battle et al., 2004)



ANDERE PSYCHISCHE STÖRUNGEN in der VERGANGENHEIT

- „**Achse-1-Störungen**“ (DSM-IV) und auch **subklinische** psychische und/oder Verhaltensauffälligkeiten
(v.a. Depression, Angst, Substanzmissbrauch, ADHS, Probleme im Sozialverhalten in der Kindheit)
- 40% der Personen mit disruptiver Verhaltensstörung in Jugend zeigten PST im frühen Erwachsenenalter (Rey et al., 1995; Längsschnittstudie)
- **Psych. Auffälligkeiten in Kindheit erhöhen Effekt von maladaptiver Erziehung**
(Björkenstam et al., 2017)

Schutzfaktoren und Resilienz

- Protektive Faktoren
 - im Kind (z. B. ausgeprägtes SWgefühl, günstige Temperamenteigenschaften)
 - in der Familie (z. B. starker Zusammenhalt, gute elterliche Beziehung)
 - äußere Einflüsse (z. B. Peers, Schule)
- Psych. Widerstandsfähigkeit erleichtert durch
 - soziale Faktoren (z. B. dauerhaft gute Beziehung zu mind. einer primären Bezugsperson; gutes Ersatzmilieu nach frühem Mutterverlust; soz. Förderung; verlässlich unterstützende Bezugsperson im Erwachsenenalter)
 - psychologische Faktoren (z. B. sichere Bindungsrepräsentanz; Selbstwirksamkeit; Selbstvertrauen; Fähigkeit zur Impulskontrolle; Mentalisierungsfähigkeit; überdurchschnittl. Intelligenz; Fähigkeit zur aktiven Umweltgestaltung)



Fazit

- **Risiko- und Schutzfaktoren** sind **prädiktiv für PST (allgemein)**, aber **keine Kausalitäten** für bestimmte PST!
- **Komplexes Zusammenspiel** verschiedener (bio-psycho-sozialer) Faktoren führt zu **individueller** Vulnerabilität (oder Resilienz), später (keine) psych. Störung zu entwickeln
- **Reale Interaktionserfahrungen** des Kindes **ausschlaggebend**
- Überschreiten die Erfahrungen die **Regulierungsfähigkeit** des Kindes, steigt das Risiko für spätere Erkrankungen
- **Risikofaktoren beeinflussen Interaktion!**
- Vermutlich **zirkulär verlaufende Dynamiken**



Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen

(Zaudig, 2018)

- **Annahme**, dass PST früh in der **Kindheit/Jugend beginnen** und im Erwachsenenalter **dauerhaft fortbestehen**, bestätigt sich immer **weniger**
(Fiedler & Herpertz, 2016)
- **Keine Stabilität von PST**
(**Punktprävalenz** aller PST: 11-13%,
Lebenszeitprävalenz 28-32%!!!)
- Prävalenz in klinischen Studien
(psychiatrische Kliniken in 11 Ländern):
PST nach ICD-10: 39,5%

Neueste Erkenntnisse hinsichtlich (evidenzbasierter) Psychotherapieverfahren (Berberich, 2018)



Evidenzgrundlage der Therapien für PST derzeit **noch unzureichend** JEDOCH ist **Psychotherapie** die **Behandlung der Wahl!!!**

Trend zu **gezielten Interventionen**

Zukünftig **Beachtung von störungsübergreifenden Mechanismen**

Geringe Wirksamkeitsunterschiede zwischen den **PT-Verfahren** -> vermutlich liegen den PT-Methoden **methodenübergreifend allgemeine Therapieprinzipien** zugrunde (z. B. strukturiertes Vorgehen, aktiver Therapeut, Steigerung der Selbstkontrolle, Förderung eines Verständnisses des Zusammenhangs zwischen Erleben, Emotionen und Verhalten), die es zu **erforschen** gilt.

Zukünftig vermutlich: **Therapie *der* Persönlichkeitsstörung**

Neuere Therapiemethoden **integrieren** verschiedene **bewährte Konzepte**

What works?

Modelle der evidenzbasierten
psychotherapeutischen Behandlung
von Persönlichkeitsstörungen



Kognitiv-verhaltensorientierte Entwicklungen/Verfahren

(Call, D'Errico, Vogel & Mander, 2018)

besondere **Berücksichtigung von**

- Herstellung **therap. Beziehung** (komplementäre Beziehungsgestaltung nach Sachse; engere und warmherzigere u. nicht-wertende therap. Beziehung); Probleme der Beziehungsgestaltung (Verhalten als **sinnvoller** aber **dysfunkt. Selbstschutz**),
- **Erlebnisorientierte Methoden** (z. B. Ein-Personen-Rollenspiel),
- Berücksichtigung **biographischer Rekonstruktion wichtiger Kindheitserlebnisse** bei Bearbeitung von **Schemata** (gemeinsamer Prozess der Hypothesenüberprüfung!),
- Ermöglichung von Widersprüchen, **Flexibilität**,
- Einsatz von **Metaphern**, Anekdoten, Berichten über eigene Erfahrungen, **Humor**, **Ressourcenorientierung**

Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT nach M. Linehan)

Emotionsregulation!; Kombination Einzelsetting und Gruppensetting („Skills-Training“). Integriert Techniken aus Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Hypnotherapie und Zen-Buddhismus. (Stiglmayr, 2018)

Schematherapie (nach J. Young)

Integration erlebnisaktivierender Techniken (humanistische Therapiemethoden!) [diese werden jedoch zielgerichtet und nicht prozessorientiert eingesetzt!], neurobiologischer Konzepte, Psychodynamik, Transaktionsanalyse. Bedeutung der Erfahrungen der ersten Lebensmonate (-> Schemata) lenken Wahrnehmen, Bewerten und Handeln. Aktivierung von Schemata führt zu emotionalen Zuständen, die in typischer Kombination zur Phänomenologie der PST führen. (Roediger, 2018)

Psychodynamische Entwicklungen/Verfahren

Strukturbezogene Psychotherapie nach Rudolf

Ziel: Stärkung und Nachreifung unzureichend ausgebildeter Ich-Funktionen (hins. Selbst und Beziehungsfähigkeit). Strukturaufbauende, co-regulierende, **Ich-stützende** Behandlungsstrategien im Fokus. Akzeptanz und **Annehmen** des Pat. durch den Therapeuten; Neugier, etwas **gemeinsam** zu untersuchen. **Kein regressionsförderndes** Vorgehen, **keine Deutungen**, **entwicklungsfördernde**/beelternde (und nicht nur verstehende oder nur stützende) Haltung, **keine** technische **Neutralität**, **keine** Arbeit in der **Übertragungsbeziehung**; (**selektiv-authentisches**) **spiegelndes** Verbalisieren durch den Therapeuten, Containment und Begleiten durch den Th. **OPD-2-Strukturachse** ist für andere Verfahren hins. Therapiefoki übersetzbar (MBT, DBT, etc.) (Ehrenthal, 2018)

Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) nach Bateman & Fonagy

= **integrative** psychodyn. Therapie (integriert systemische, humanistische, sozial-ökologische, kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden)
Therapeut. Haltung: **empathisch-supportiv**, **nicht-wissend**, offene Fragen, **keine Deutungen**, **validierend**, Th. **lobt** Mentalisierungsversuche. **Therapeut als Modell**. **Selbstzustände** sollen reflektiert und differenziert werden.

Mentalisieren = Fähigkeit, sich innerpsychische (mentale) Zustände in sich selbst und anderen vorzustellen und entwickelt sich in Bindungsbeziehungen. Mentalisierung führt dazu, dass man sich selbst von Außen sehen kann und andere von Innen. Menschen mit PST verfügen meist nicht über eine flexible Mentalisierungsfähigkeit -> Fehleinschätzungen des eigenen und fremden Verhaltens -> dysfunktionales Beziehungserleben. Th. verstärkt Mentalisierungsprozesse bzw. stellt diese her, wo sie noch nicht selbst möglich sind. 4 Phasen (Diagnostik, Psychoedukation, Therapie (Einzel und Gruppe alternierend), Verabschiedung). (Taubner, 2018)

Ableitungen/Bedeutungen für die gestalttherapeutische Arbeit mit PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen

- Trend zu **Integration verschiedener Techniken** [auch in psychodyn. Th. und KVT!]
- **(Gestaltth.) Beziehungsgestaltung empirisch bestätigt!** (stützend, nicht abstinent, nicht-wertend, gemeinsames Entdecken auf Augenhöhe)
- **Elemente u. Herangehensweisen der Integrativen Gestalttherapie** und genuin gestalttherap. Techniken werden von anderen angenommen (evidenz-based!)
- Individualisierte, maßgeschneiderte Therapien, jedoch **Behandlungsplan** und Diagnostik (Stärken, Defizite) und **evt. strukturiertes Vorgehen notwendig**; dieses könnte für gestaltth. Arbeit Hinweise geben und mögliche Richtung der nächsten Schritte anzeigen; Explizite **Psychoedukation** kann zu Therapiebeginn entlasten und Adhärenz steigern
- (evidenzbasierte) **Elemente aus anderen Richtungen** könnten befruchtend sein und GT bereichern und Möglichkeiten erweitern, v. a. die Therapie auf **Bedürfnisse einzelner Pat.** noch besser abzustimmen (nicht: Gießkannenprinzip, Beliebigkeit)
- Hypothese: **GT besonders geeignet für Behandlung von PST**, vor allem bei genauer Diagnostik und bewusstem, individualisierten Einsatz der wirksamen Strategien

Das gestalttherapeutische Diagnostikkonzept von Lynne Jacobs

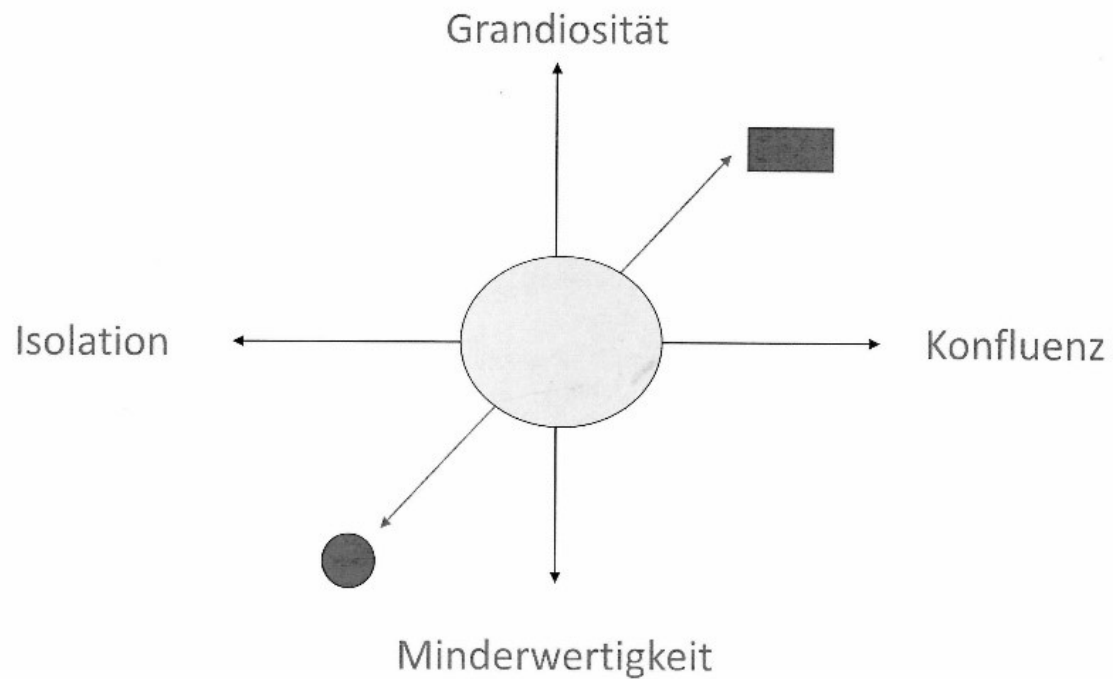
(zitiert nach Peter Toebe, 2013, 2015)



<http://www.gestalttherapy.org/faculty/lynne-jacobs/>

- > liefert **wertschätzendes** Verständnis bzw. Ideen darüber, wie jemand so geworden ist (auch wenn im Vordergrund „schwierig“ od. „unsympathisch“)
- > liefert **Übersicht** über typische Charakteristika spezifischer Persönlichkeitsstile
- > **ganzheitliche** Betrachtung, wie jemand „in der Welt ist“ und was er „braucht“
- > liefert **Hinweise** auf therapeutische **Risiken**, kritische Beziehungsangebote und spezifische Erfordernisse im therapeutischen Prozess
- > ICD-10/DSM-5-**kompatibel** (bzw. Ergänzung durch umfassende Phänomenologie)
- > durch beschreibenden Zugang erleichterte **interdisziplinäre Kommunikation**
- > transparentes, beschreibendes, **nicht-pathologisierendes** und nicht-stigmatisierendes Vorgehen (als **Kommunikationshilfe** mit **PatientInnen**)
- > Modell endet nicht mit Diagnosevergabe, sondern liefert **Therapieimplikationen** (Hinweise auf Entwicklungspotenzial)
- > nicht alle spezifischen PST der Klassifikationssysteme integriert (Einordnung der **ängstlich-vermeidend/selbstunsicheren** PST sowie der **dependenten** PST durch die Referentin)

Basispolaritäten



■ =>offene, gezeigte, bewusste Figur ● =>versteckte, gemiedene, Figur

peter toebe\gestaltdiagnostik\einführung

14



DEPENDENTE / ABHÄNGIGE PERSÖNLICHKEIT

Die Einordnung in das Diagnostikkonzept von
Lynne Jacobs

*„ich bin klein, mein Herz ist rein, soll niemand drin wohnen
als du allein“*



- konzeptuelle Überlegungen zur dependenten Persönlichkeitsstörung bereits 1925 bei Karl Abraham (früher: „oral-dependente“ und später auch „passiv-dependente“ Persönlichkeit) (Fiedler, 2007)
- Dieser Persönlichkeitsstil wurde auch als „asthenisch“ bezeichnet. (Mentzos, 2009)
- Drei Merkmalsbereiche:
Passivität, Unterwürfigkeit, geringes Selbstvertrauen bzw. geringe Selbstsicherheit (Fiedler, 2000, 2007)
- Für die Psychotherapie der dependenten PST liegen bisher keine systematischen Studien vor (Berberich, 2018)



Prävalenz

Prävalenz der Dependenten PST nach DSM-5: **0,49%-0,6%** (APA, 2013)

DSM-5: im klinischen Rahmen häufiger bei Frauen; einige Studien ergaben jedoch, dass bei **Männern und Frauen** gleichhäufig

Prävalenz: nur dann mehr betroffene Frauen als Männer, wenn auch mehr Frauen als Männer in den Studiendesigns enthalten sind. (Fiedler, 2007)

Punktp. 1,0%, Lebenszeitp. 0,5% (Torgersen, 2014)

abhängige Persönlichkeitsstörung als eine der **am häufigsten diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen in psychiatrischen Kliniken**, wobei sich eher kein Geschlechtsunterschied finden lässt (Rentrop, Müller & Bäuml, 2009)

Prävalenz in **klinischen** Studien (psychiatrische Kliniken in 11 Ländern): dependente PST: **4,5-4,6%** (Zaudig, 2018)

Komorbiditäten

DSM-5:

- Depressive Störungen
- Angststörungen und Anpassungsstörungen
- Vermeidend-Selbstunsichere, Borderline- und Histrionische Persönlichkeitsstörung

Psychopharmakotherapie beziehe sich auf die Reduktion der vordergründigen **Symptomatik** (Depression, Angst, etc.).
(DGPPN, 2009)



Genese

- **fehlendes Selbstwertgefühl** oft aufgrund anezogener Abhängigkeit. Kinder **passen sich an elterliche Bedürfnisse stark an**, erspüren Erwartungen der Eltern und richten sich danach aus; Kinder wollen immer gefallen
- **unsichere Bindung** aufgrund **überbehütend-kontrollierenden Erziehungsstils** (anhängliche, aufdringliche, verwöhnende Eltern) oder bestimmter **elterlicher Haltungen** (zwei Tendenzen: entweder versichern Eltern kein ausreichendes Sicherheitsgefühl, schenken nicht genügend Liebe, Achtung, Unterstützung bzw. Interesse ODER Kinder werden überbehütet, ihnen wird eine Welt voller Gefahren vermittelt und dass sie nicht ohne elterlichen Schutz zurechtkommen. Dadurch wird Autonomie durch Überbehütung unterbunden)
- **Eltern erzeugen** häufig **Schuldgefühle** (es ihnen nicht recht machen zu können), **zeigen sich** emotional oder körperlich **bedürftig** (Autorität wird nur verdeckt ausgelebt) oder **wollen das Leben der Kinder „mitleben“**. Häufig **ängstliche Eltern** (unbewusste Angst vor Einsamkeit, Bedeutungslosigkeit). **Kinder als Partnerersatz**; werden **als unentbehrlich** behandelt, klein gemacht oder **entwertet, dürfen keine abweichenden Meinungen haben**;
- In Literatur finden sich ursächlich auch **prägende Erlebnisse** in der Kindheit (z. B. lange Trennung von den Eltern oder chronische Erkrankungen in der Kindheit) und **Trennungsängste** sowie **bedrohte Familienstrukturen** (Streit der Eltern etc.).
- **disponierende genetische Ausstattung** (Temperament, Begabungen, veranlagtes großes Bedürfnis nach Sicherheit und Bindung bei gleichzeitiger Verwöhnung oder Frustration)

Empirisch ermittelte Risikofaktoren der dependenten PST

(Dobiosch & Benecke, 2018)

- Sexuelle Gewalt oder Vernachlässigung in der Kindheit (Längsschnittstudien)
- Temperament von dep. Kindern zeigte starke Schadensvermeidung und hohe Belohnungsabhängigkeit
- Assoziationen zu neuropsychiatrischen Risikofaktoren (perinatale Komplikationen, motorische oder sprachliche Verzögerungen)
- Depressionen oder Angststörungen
- Erblichkeit der dep. PST bei 57%
- [Maladaptive Erziehungsmuster konnten in Studie NICHT bestätigt werden!!!]



Phänomene

- **extreme Passivität**, enorm großes **Bedürfnis nach Nähe, Bindung, Verlässlichkeit, Solidarität, Schutz und Geborgenheit**
- **binden sich rasch und unkritisch**, verfügen über **wenig soziale Beziehungen**
- **große Unterwürfigkeit**, deshalb imponieren sie **besänftigend, anspruchslos, kleinlaut, entschuldigend und zögerlich**
- **geringes Selbstvertrauen, Gefühl von Inkompetenz, Verantwortungsabgabe an andere**, geringe Selbstsicherheit, **Angst, nicht alleine für sich sorgen zu können**, Selbstzweifel, **Pessimismus und Selbstentwertungen**
- **Eigeninitiative und eigene Willensäußerungen fehlen; Unfähigkeit, eigene Entscheidungen zu treffen**
- **Abhängigkeit** (auch von Meinungen und Urteilen anderer) wird **oft mit Liebe verwechselt**.
- **naives Vertrauen in andere** bei gleichzeitig **großer Angst** (verlassen zu werden, vor negativer Bewertung, Versagensangst in Leistungssituationen) bis hin zu **Suizidalität** -> wollen niemanden belasten oder verärgern. Übernehmen Wertvorstellungen und Bedürfnisse von anderen, bis hin zu unangenehmen Tätigkeiten, um zu gefallen.
- **eigene Bedürfnisse werden nicht wahrgenommen bzw. übersehen („Alienation“)**

Phänomene

- **konfliktscheu, bagatellisieren Probleme**
- **Bedürfnis nach Versorgung**, Verstärkung und Unterstützung durch andere
- fühlen sich hilflos, schwach, leer, unterlegen, einsam
- im Kontakt **weich, warm, brav, gehorsam, nachgiebig** aber auch **zu eng, klebrig, distanzlos, einengend** und **grenzüberschreitend**
- **Ärger** wird **nicht offen** ausgedrückt (stattdessen: Grübeln)
- PartnerInnen werden stark idealisiert. In Beziehung **anklammernd**, aber auch **fordernd**.
- in Partnerschaften häufig Co-Abhängigkeit mit suchtkranken Menschen
- **Autonomieentwicklungen anderer werden unterbunden** (z. B. eigener Kinder)
- häufig **eifersüchtig** aus Sorge, betrogen zu werden, weshalb oft **kontrollierend**
- **fühlen sich für zwischenmenschliche Probleme verantwortlich** – manchmal aber auch **Tendenz, anderen die Verantwortung für Missgeschicke zuzuschieben**

Körper

- **erhöhte Anspannung** sowie **erhöhte Aufmerksamkeit**
- reden eher leise und gedämpft
- häufig **Blockaden im Kieferbereich** (Röhr, 2017)



Positives

- **Loyalität, hohe Empathie- und Kooperationsfähigkeit, Fürsorglichkeit, Umsichtigkeit, Hilfsbereitschaft, altruistisches Verhalten**
- **keine vorschnellen Entscheidungen**
- **verlässlich, harmoniebedürftig, nachgiebig, folgsam, höflich, taktvoll**
- **stellen eigene Wünsche hintan, sind aufmerksam**
- **freundlich, gütig, großzügig, bescheiden**
- **oft beachtenswerte berufliche und akademische Leistungen**
- **als ArbeitnehmerInnen meist teamfähig, tüchtig und nehmen alle Anweisungen entgegen**

Strukturelle Überlegungen (Rudolf, 2013b,d,e)

- DEP-PST ist entwicklungspsychologischen **Grundkonflikt der Autonomie** (Verlangen nach dem vertrauten Objekt und die Verbundenheit mit ihm treten grundsätzlich in der Phase der Autonomieentwicklung zugunsten der Neugier auf das Aufregende im Fremden zurück) zugeordnet: „*In der ängstlichen Sorge um den Fortbestand der sicherheitgebenden Bindung verzichtet jemand auf ein selbstbestimmtes, emotional belebtes, befriedigendes Handeln.*“ (S.115)
- **Strukturniveau:** mäßig integriert

Hauptthema

Beziehungsthematik (Nähe-Distanz)

Identifikation

(Sachse et al., 2013)

Grundannahmen

„Alleine bin ich schwach und ziemlich unfähig. Ich bin allein nicht fähig, Entscheidungen zu fällen. Ich bin es nicht wert, dass andere bei mir bleiben. Wenn ich Probleme mache, bedrohe ich die Beziehung. Ich bin es nicht wert, dass man für mich da ist und mich schützt. Ich kann nicht alleine leben, das könnte ich emotional nicht aushalten. Beziehungen sind nicht verlässlich, Konflikte gefährden die Beziehung.“

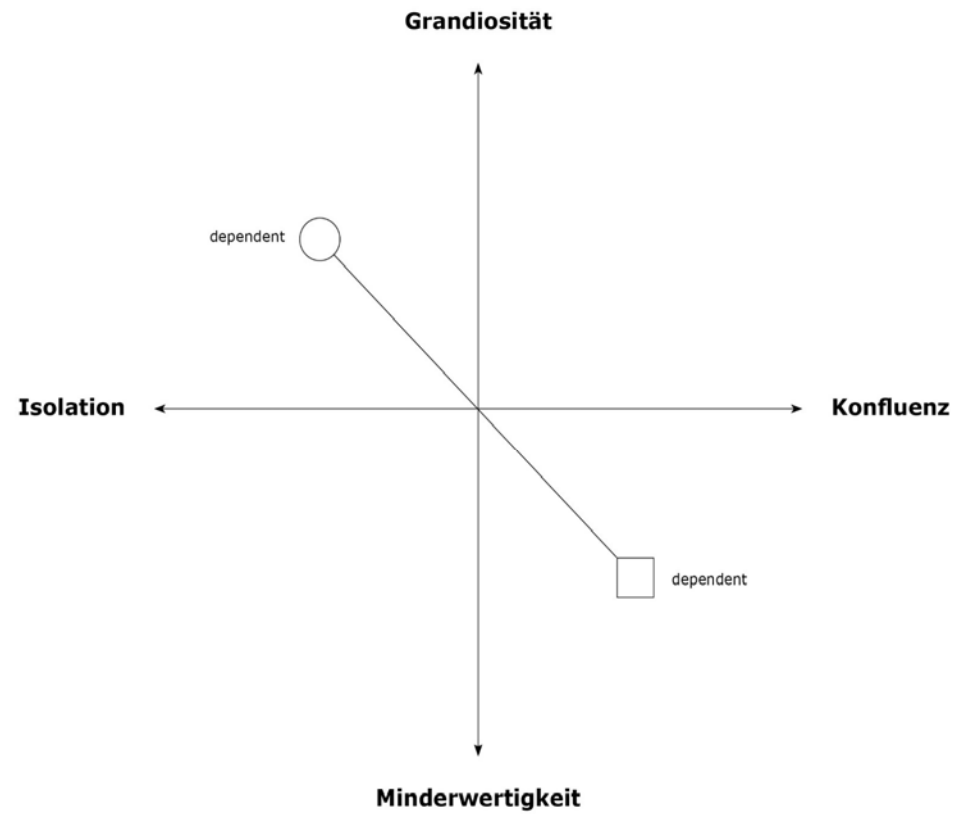
Lebensregeln

„Vermeide, verlassen zu werden. Binde den Partner so fest wie möglich an dich. Vermeide Konflikte. Ordne dich unter (dann wird die Beziehung verlässlicher!). Mache es deinem Partner immer Recht. Tu nichts, was andere verärgern könnte. Wichtig ist, was der Partner will, eigene Bedürfnisse spielen keine Rolle. Sei solidarisch! (Dann sind andere auch solidarisch). Bei einem Problem muss ich sofort Hilfe suchen. Akzeptiere alles von den anderen, denn du brauchst sie unbedingt zum Leben, und unternimm nichts auf deine eigene Faust, denn dazu reichen deine Fähigkeiten nicht aus. Es ist lebenswichtig, ständig Unterstützung von anderen zu suchen und mich so fest wie möglich an sie zu klammern.“

unbewusste Grundkonflikt

„Beziehungen sind per se nicht verlässlich und nicht solidarisch und müssen verlässlich gemacht werden.“

Grundpolarität



Grundpolaritäten des dependenten Stils



identifizierter Pol



abgewehrter Pol

Polaritäten

Identifizierter Pol	Gemiedener Pol
1) Verbundenheit	Autonomie
2) Minderwertigkeit	Eigenes Kompetenzerleben
3) Passivität	Aktivität, Eigeninitiative
4) Altruismus	Bedürftigkeit

Aus der Phänomenologie dieses Stils ergeben sich ergänzend weitere Polaritätenpaare:

- 5) Angst – Verlassenheit
- 6) Umgänglichkeit – Aggression
- 7) Hilflosigkeit – Autarkie

1 Verbundenheit – Autonomie: erleben sich in Beziehungen als anhänglich, **verlässlich, solidarisch, loyal und vertrauensvoll. Unabhängigkeit, Selbstbestimmung, Selbstständigkeit, Neugier, Interesse** für sich selbst und wirkliches **Vertrauen in Verlässlichkeit von Beziehungen** werden nicht empfunden. Selbstaufgabe und passive Abhängigkeit kann zu **tiefer Einsamkeit** führen.

2 Minderwertigkeit – eigenes Kompetenzerleben: **geringes Selbstvertrauen** und Selbstsicherheit, **Inkompetenzerleben, Unterlegenheit, Gefühl von Leistungsunfähigkeit, Selbstentwertung** und Selbstzweifel im Vordergrund. Das eigene **Kompetenzerleben, Selbstsicherheit, Identitätssicherheit** bis hin zu **Grandiositätsgefühlen** sind nicht zugänglich.

3 Passivität – Aktivität, Eigeninitiative: erleben sich **passiv** und **entscheidungsunsicher**. **Entscheidungsbereitschaft, Eigeninitiative** und **Verantwortungsübernahme** bleiben im Hintergrund.

4 Altruismus – Bedürftigkeit: bezeichnen sich als **selbstlos** und uneigennützig; das **Zulassen von Bedürftigkeit, Ichbezogenheit und Eigenliebe** fehlt; das **Wahr- und Ernstnehmen eigener Bedürfnisse** im Sinne einer **Selbstbewusstheit** wird abgewehrt; **emotionale Lebendigkeit** und **Offenheit** gegenüber emotionalen Erfahrungen fehlt. Das **Sich-anderen-Zumuten** ist wenig vertraut.

5 Angst – Verlassenheit: Die **Angst vor Verlassenheit, Einsamkeit, negativer Bewertung** und **Versagen** ist offensichtlich und bewusst; ebenso ein ständiges **Sich-Rückversichern** und **Kontrollieren** des Vorhandenseins wichtiger Beziehungen. Gefühle **tiefer Verzweiflung, Einsamkeit, Verlassenheit, Traurigkeit** und **Getrennt-Sein** werden abgewehrt.

6 Umgänglichkeit – Aggression: **Anspruchslosigkeit, Konfliktscheue, Nachgiebigkeit, Gehorsamkeit** und **Versöhnlichkeit** im Vordergrund. **Wut, Ärger, Abgrenzung** und **Selbstbehauptung** sind gänzlich fehlend.

7 Hilflosigkeit – Autarkie: erleben sich als **hilflos, schwach** und **unterlegen**; das **Gefühl, selbst für sich sorgen zu können** bleibt verborgen.

Kontaktfunktionen („Abwehr“)

- „Haupt-Abwehr“ bzw. „Widerstand“ durch **Verdrängung** eigener Bedürfnisse („neurotisches Nichtgewahrsein“). Auch werden „negative“ Gefühle (aggressive Impulse) verdrängt.
- **Konfluenz** (Verschmelzung), **Fixierung** an symbiotisch-fusionäre Wünsche sowie **Regression und Passivität**. Bedürfnis nach **Autonomie** wird abgewehrt.
- **Introjektion** (angebotene Meinung wird übernommen, Nachdenken wird vermieden) und **Rationalisierung** (altruistisch sein...)
- Abwehr durch Gebrauch von **Suchtmittel, depressive Phasen, Ängstlichkeit** und psychosomatische Reaktionsweisen (**Retroflektion**: Handlungsimpulse werden zurückgehalten bzw. gegen sich selbst gewendet).

Kontaktzyklus („Kontaktunterbrechungen“)



1) Bedürfnis- und Klärungsphase

Eigene Bedürfnisse werden **unterdrückt** bzw. nicht wahrgenommen bzw. sind diese **überlagert** durch den unersättlichen **Wunsch nach Nähe** und Verbundenheit.

Vorherrschend ist die **Awareness für das Außen** (die Bedürfnisse der Anderen) bis hin zur völligen Verschmelzung mit bzw. der fehlenden Differenzierungsfähigkeit zwischen dem Selbst und den Anderen (**Konfluenz**).

Es gibt kaum Offenheit für Neues.



2) Abtastphase

Betroffene **suchen außen**, was nur **innen zu finden** ist (Sicherheit, Nähe, Verbundenheit) und **klären innen**, was **nur außen zu finden** ist, aber wegen der **Angst vor Trennung und Einsamkeit vermieden** wird.

Anstatt Konflikte auszutragen, kommt es zu **Grübeleien** bzw. **Selbstentwertung**.



3) Aktionsphase

Entweder kommt aufgrund der Passivität und Hilflosigkeit **keine Handlung** zustande **oder** es kommt zu einem **überschnellen bzw. aufopfernden Handeln** (Proflektion: anderen geben, was man sich selbst nicht zugesteht; die Handlung richtet sich auf andere).

Die außenorientierte schnelle Handlung (ohne Kontakt zu eigenen Bedürfnissen) dient dazu, zu entsprechen, die Abhängigkeit aufrecht zu erhalten und Angst abzuwehren.

Betroffene ergreifen **keine Initiative** oder Aktivität hinsichtlich **wahrer eigener Bedürfnisse**.

Die **Untätigkeit dient der Vermeidung von** etwaigen **aggressiven Tendenzen**, die potenziell zu Trennung und Angst führen könnten.



4) Assimilationsphase

Äußeres wird schnell übernommen (**Introjektion**) und **rationalisiert** (z. B. „altruistisch sein“).

Es findet **keine Differenzierung** statt, um den Kontakt nach außen nicht zu verlieren und Trennung zu vermeiden (Konfluenz).

Betroffene sind **gierig nach Sicherheit** und Verbundenheitsbestätigungen von außen.

Aufgrund der Angst vor Verlassenheit findet **keine Veränderung** statt und wird **Neues innerlich nicht zugelassen**.

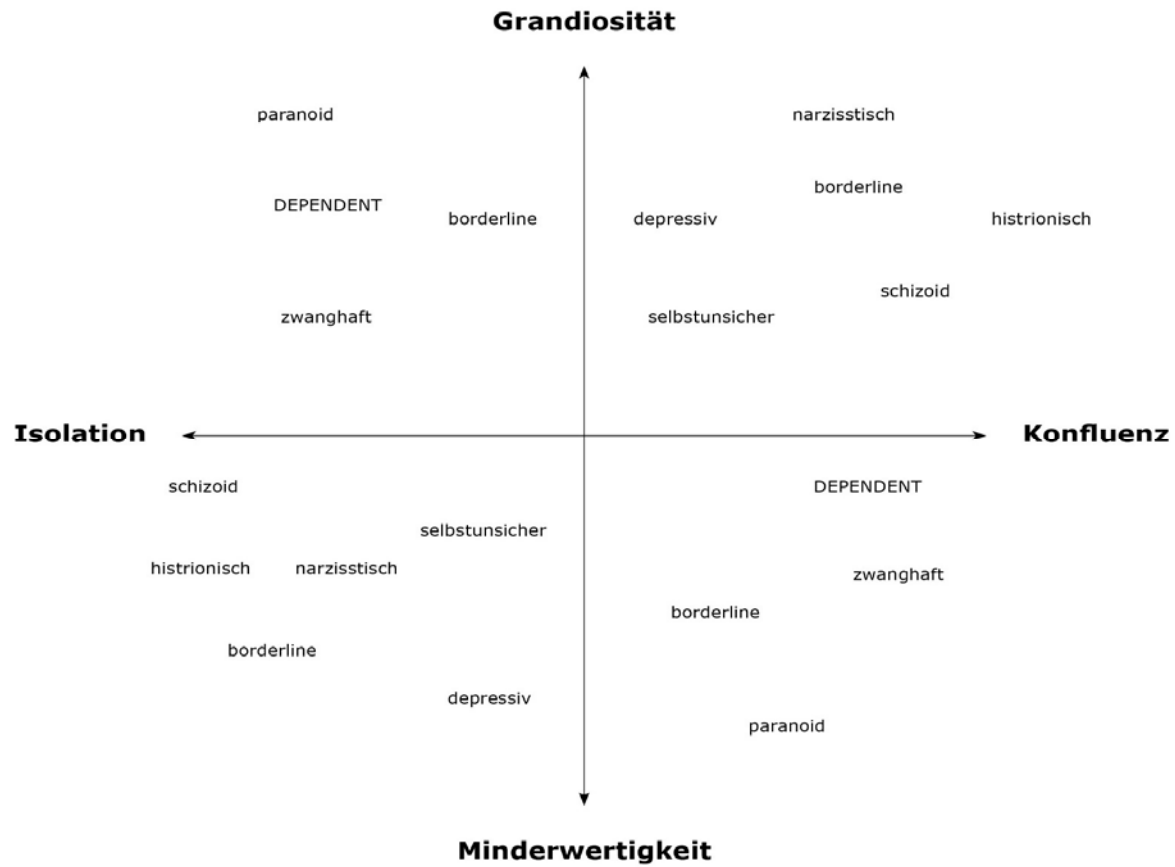


5) Loslassen

Es kommt zu **anklammerndem Verhalten** und Abhängigkeit; **Loslassen** scheint **kaum möglich**.

Trennung, Alleinsein und Verlust werden zugunsten ständiger Rückversicherung und Kontrolle abgewehrt.

Wahre Bedürfnisse bleiben jedoch **unbefriedigt**.



© B. Wisnecky (2019)



Differenzialdiagnostik

Andere psychische Erkrankungen und medizinische Krankheitsfaktoren

„Die Dependente Persönlichkeitsstörung muss von **Abhängigkeit**, die als **Folge** einer **anderen psychischen Erkrankung** (z. B. depressive Störungen, Panikstörung, Agoraphobie) oder als **Folge** eines **anderen medizinischen Krankheitsfaktors** auftritt, unterschieden werden.“ (Falkai & Wittchen, 2015, S.930)

Andere Persönlichkeitsstörungen und Persönlichkeitsmerkmale

„Obwohl viele Persönlichkeitsstörungen durch abhängige Züge gekennzeichnet sind, kann die Dependente Persönlichkeitsstörung durch das überwiegend unterwürfige, reaktive und anklammernde Verhalten unterschieden werden.“ (Falkai & Wittchen, 2015, S.930)

- **Borderline-Persönlichkeitsstörung:** bei Verlassenheitsangst Gefühle der **emotionalen Leere, Wut** bzw. **Forderungen**; typisches Muster von **instabilen** und **intensiven Beziehungen** (vs. beschwichtigendem und unterwürfigem Verhalten und dringende Suche nach Ersatzbeziehung bei DEP-PST)
- **Histrionische Persönlichkeitsstörung:** **schillerndes Auftreten** in Gesellschaft, lebhaftes **Verlangen nach Aufmerksamkeit**, wollen **der/die Wichtigste** sein, häufiger **Ärger** u. massive **Vorwürfe**, wenn Erwartungen nicht erfüllt werden; evt. **Impuls, zu bestrafen**.
(während dependente Menschen bescheiden und gefügig imponieren u. Beziehungen verlässlich machen wollen; konflikt-/streitvermeidend)
- **Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung:** **ziehen sich** aufgrund der starken Angst vor Erniedrigung und Zurückweisung **zurück**, bis sie sicher sind, akzeptiert zu werden, **Selbstunsicherheit, Ängstlichkeit** und **Vermeidungstendenzen** im Vordergrund
(dependente Menschen suchen Kontakt; Anlehnungsbedürfnis, Unterordnung, Betonung eigener Inkompetenz; Verlassenheitsängste; eher passive Vermeidung: Schutzsuche, Behütung und Anforderungsvermeidung zum Erhalt bestehender Bindungen)
- Dependenz häufig auch bei **schizotyper** und **paranoider** Struktur und muss daher ebenfalls von der dependenten Persönlichkeitsstörung genau unterschieden werden. (Fiedler, 2007)

Abgrenzung zur depressiven Persönlichkeitsstruktur

Gemeinsamkeiten	Spezifisch depressive Persönlichkeitsstruktur	Spezifisch dependente Persönlichkeitsstruktur
Versorgungswünsche, Angst vor Verlassenheit; Gefühl, mit Problemen nicht alleine fertig werden zu können	Überzeugung, dass niemand helfen kann Gefühl, in Beziehungen nicht aufgehoben zu sein	
hoher Grad an Passivität	Hilfe nur schwer annehmen, lethargisch	bei externer Unterstützung schnell zu hoher Aktivität fähig
mangelnde Neugier, Minderwertigkeitserleben und unterdrückter Ärger		machen kaum Vorwürfe
Neigung zu abhängigen (masochistischen) Beziehungen, viele Ängste und Suizidalität		
große Defizite, eigene Bedürfnisse zu spüren		
	Selbstwertthema	Beziehungsthema (Nähe- bzw. Bindungsstörung)
	Unfähigkeit, von anderen etwas annehmen zu können bei gleichzeitigem Abhängigkeitsempfinden, hohe Ansprüche (an andere), Ablehnung und Isolation	verlangen nach Unterstützung, zeigen sich vordergründig jedoch eher genügsam und scheinbar wenig anspruchlich, suchen Nähe und imponieren zustimmend und annehmend
	große Unzufriedenheit	fühlen sich nicht grundsätzlich als Opfer, jammern nicht, gestehen sich Bedürftigkeit ein, ziehen sich nicht aus Beziehung zurück

Persönlichkeitsveränderung aufgrund eines Anderen Medizinischen Krankheitsfaktors

Persönlichkeitsmerkmale als **Folge einer direkten Wirkung eines medizinischen Krankheitsfaktors auf das zentrale Nervensystem** (Falkai & Wittchen, 2015)

Substanzkonsumstörungen

-> Symptome, die sich im Zusammenhang mit **chronischem Substanzgebrauch** entwickeln können (Falkai & Wittchen, 2015)

Hohe Komorbidität mit der **„Psychosomatischen Verarbeitungsstruktur“**:
Im Gegensatz zu PatientInnen mit psychosomatischer Verarbeitungsstruktur (keine Beziehungsstörung) sind PatientInnen mit einer dependenten Persönlichkeitsstörung (Beziehungsstörung!) hoch manipulativ. (Sachse et al., 2013)

Spezifische Beziehungsmuster in Partnerschaften

- in dauerhaften Beziehungen oft **emotional offen und beständig**. Alleine bzw. in **krisehaften** Partnerschaften neigen sie zu **Depression** und **Angst**
- **PartnerInnen** werden stark **idealisiert**, **Beziehungskonflikte** erzeugen großes **Unwohlsein**. Betroffene fühlen sich für **Probleme** schnell **verantwortlich**. Oft nach Beziehungsabbruch **schnell neue Beziehung** bzw. suchen Ersatz beispielsweise in Nahrung. (Oldham & Morris, 2007)
- *„Werden Dependente **sehr stark frustriert**, dann ist die Aggressionstendenz u.U. (für kurze Zeit) **stärker als die Hemmung** und die Klienten können >>**ausrasten**<<. Die Hemmung verhindert dann vielleicht, dass sie an der Stelle ausrasten, an der sie frustriert sind (weil sie diese Inhalte als doch >>zu gefährlich<< betrachten). Sie >>zicken<< den Partner dann bei relativ irrelevanten Problemen an. Dadurch reduziert sich der Ärger schnell und die Hemmung gewinnt wieder die Oberhand, die eigentlichen Problembereiche werden aber weiterhin nicht thematisiert und damit auch nicht gelöst.“* (Sachse et al., 2013, S.11)
- **naiv-positive Einschätzung** von Partnerschaften; aber auch oft **Eifersucht** (Sachse et al., 2013)
- Auch soll PartnerIn Schutz gewähren, das Gefühl von Geborgenheit spenden und bei Angriffen eine Allianz bilden
- klammernde „Gefallsucht“ erzeugt **bei PartnerInnen häufig Trennungswunsch** (sich selbst erfüllenden Prophezeiung)
- durch **Forderungen an ihre Umwelt** bei anderen starker **Druck** und **Schuldgefühle**; Kredo: „Sag mir, dass du mich liebst!“ und „Sag mir, dass du mich nie verlassen wirst!“
- bei InteraktionspartnerIn oft Gefühl, **kein „Gegenüber“** zu haben
- **oft pathologische Partner** (Lelord & André, 2009)
- häufig **Co-Abhängigkeit** in Partnerschaften mit suchtkranken Menschen (Röhr, 2017)

„typische“ Strategien und psychotherapeutischer Beziehungsaufbau

(Sachse et al., 2013)

- Werden implizite **Erwartungen nicht erfüllt**, reagieren Pat. eher mit **Enttäuschung** und **Traurigkeit** als mit Ärger.
- Erscheinen auf den **ersten Blick** oft als „**pflegeleicht**“, wobei sie im Kontaktverhalten nicht weniger, sondern **nur anders (subtiler) manipulativ** sind als Menschen mit anderen PST.
- Betroffene beschreiben ihr Verhalten nicht als manipulativ, sondern als **altruistisch** („Ich tue das alles doch nur für meine Frau“).
- *„Tatsächlich sind jedoch die Unterordnung, die Abgabe von Entscheidung, das Kümmern usw. manipulative **Strategien**, die das **Ziel** verfolgen, die Person möglichst positiv erscheinen zu lassen und den **Partner** zu **binden**. Die Strategien **dienen** damit dem **eigenen Zweck** und sind nicht altruistisch.“* (S.11)
- Oftmals fällt es ihnen schwer, sich als Teil des Problems zu sehen (Störung ist stark **ich-synton**) und sie zeigen selbst eher **wenig Änderungsmotivation**.
- Auch **übergeben** sie den **BehandlerInnen** ein hohes Maß an **Verantwortung** für Veränderungen und den therapeutischen Prozess und **zeigen** ein großes „**Beharrungsvermögen**“ (wollen Ratschläge, Entscheidungen etc.).
- **„Manipulative Strategien“**: Verantwortungsabgabe und Abgeben von Entscheidungen; Erfüllen von Erwartungen und Bedürfnisse der Interaktionspartner; Zurückstellen eigener Bedürfnisse; Vermeidung von Streit und Konflikten; Solidarisch sein; Unentbehrlich sein
- Strategien **reduzieren Ängste**; **Ängste** werden ständig internal **bekräftigt**; Klienten empfinden ihre Schemata/Introjekte und Ängste als berechtigt.

- konfrontieren sich nicht mit Realität; denken weiterhin, dass sie Alleinsein nicht aushalten können u. dass Konflikte gefährlich sind usw.
- **stellen ihre Annahmen nicht infrage; erleben ihre Strategien als hilfreich; blenden ihre Kosten systematisch aus oder, wenn das nicht mehr funktioniert, blenden sie systematisch aus, dass sie selbst die Kosten erzeugen**

Strategien, um sich nicht mit den angstausslösenden Inhalten auseinandersetzen zu müssen:

- Selbst-Ideologisierung mit dem **Image, altruistisch zu sein**
- **Vermeidung von brisanten Inhalten: Themenwechsel; sie werden unkonkret - Deflektion, Einsatz von Images, thematische Sperren, Antworten wie „ich weiß nicht“, manipulative Strategien**

„Als Therapeut ist es wichtig zu wissen, dass die (auch nur ansatzweise realisierte) Erkenntnis, man tue etwas für den Partner, um dadurch Beziehungen verlässlich zu machen, auch im Therapieprozess stark angstausslösend ist. Denn diese Tatsache impliziert, dass der Klient nicht ehrlich wäre und dann auch keine Verlässlichkeit (bzw. Solidarität) verdient hätte. (...) Zudem vermeiden sie schon die Erkenntnis, dass sie Beziehungen nicht für verlässlich halten, denn schon dieser Gedanke ist stark bedrohlich.“ (S.32)

Andere Vermeidungsstrategien: Nebenschauplätze aufmachen; Fragen beantworten, die nicht gestellt wurden; Relativierung; Bagatellisierung, Normalisieren und Generalisieren.

- **Realitätsverzerrung** (z. B. die Welt ist gut, in meiner Beziehung gibt es keine Probleme)
- starke **Stabilisierungsintention** (der Therapeut soll nichts hinterfragen, sondern „heil machen“)

Implikationen für die Integrative Gestalttherapie



- **ähnlich** der Therapieimplikationen für die **ängstlich-vermeidende/selbstunsichere** Persönlichkeitsstörung (siehe auch Wisnecky, 2016)
- **Therapiebeginn**
Psychoedukation: über Zustandsbild und spezifische Dynamik aufklären, Behandlungsmotivation erhöhen (zu Beginn eher **ich-synton** -> wenig Änderungsmotivation)
Komorbiditäten (oft Anlass zu Therapiebeginn) werden (psychopharmakologisch) symptomatisch behandelt -> notwendig, um sich tiefergehenden (Beziehungs-)Themen widmen zu können
- **Therapieziel**
Ablösung von dependenten Beziehungen (z. B. Eltern); Herausfinden eigener **erwachsener Identität** und Autonomie bei zunehmender **Verantwortungsübernahme** für Belange des eigenen Lebens -> (manchmal Kontaktpause oder -ende zu oft dominanten Eltern notwendig -> lernen, sich **dort hin zu wenden, wo echte Zuneigung ist** und wo man in seinem So-Sein angenommen wird

- **Therapeutischer Kontakt**

Erkennen eigener schwieriger Anteile und Beziehungsdynamiken -> viel Wertschätzung und Bestätigung!!!

Ressourcenaktivierung!

behutsamer Umgang (Vorsicht beim Äußern von **Kritik** und **Konfrontation!** Beachtung der erhöhten Suggestibilität!)

Vorsicht, die **Versorgungswünsche u. Verantwortungsabgabe** an TherapeutInnen **nicht anzunehmen (Pat. wollen Ratschläge etc.)**

Anzeichen für **Überforderung** und **Schein-Compliance** beachten

im Therapieverlauf **geduldig** und **stetig** bleiben, jedoch PatientInnen **nicht unter Druck setzen**

Gegenübertragung bzw. **Resonanz**: zuerst angenehme und unproblematische Beziehungsgestaltung, die zunehmend lästig und anstrengend erscheinen kann, mit großer Mühe, die Stunden/Therapie zu beenden

Typische „**manipulative**“ **Strategien** beachten und im Therapieverlauf bearbeiten!

- Kennenlernen eigener **Gefühle** und **Bedürfnisse** (**Awarenessarbeit!**)

unterstützen, **eigene Bedürfnisse (und Werte)** wahr- und ernstzunehmen, auszudrücken (Erlaubnis!) und erfüllen zu lernen (was will ich jetzt (nicht)? Was ist mir (nicht) wichtig? Was tut mir (nicht) gut? Was will ich (nicht)? Wie viel Nähe oder Autonomie ist jetzt gerade angenehm? wozu ist mir gerade (nicht)?)

Aktivierung und Förderung von **Eigeninitiative** v. a. hinsichtlich eigener Bedürfnisse



- **Mitgefühl** und **Wertschätzung für eigene Person, Selbstfürsorge, Selbstunterstützung** (Self-Support) entwickeln
Förderung von Vertrauen in sich selbst, in eigene **Entscheidungen** und **Kompetenzen**, Sicherheit, selbst bzw. alleine für sich sorgen zu können
- **Eigene Kompetenzen** sammeln (**explizit auf Kompetenzen hinweisen!**) und **Identitätssicherheit** fördern (z. B. Experiment wer/wie bin ich noch?)
Arbeit an **Polaritäten** und Widersprüchlichkeiten (z. B. Da ist eine Seite, die will... Was wäre das Gegenteil? Gibt es das bei Ihnen auch? Darf das sein?) -> **Identität** bzw. eine „gesündere“ Mitte finden
Zulassen von ungelebten Anteilen aus dem Hintergrund (**Paradoxon der Veränderung**)
- **Aushaltenlernen** von „schwierigen“ bzw. **unangenehmen Emotionen** (v.a. Angst und Unsicherheit bzw. Risiken im Beziehungskontext); Wut, Angst, Ohnmacht, Ärger, Trauer und Scham sollen erfahrbar gemacht, unterstützt und gehalten, schmerzliche Aspekte gewürdigt werden; **Ängste aktiv angehen**
Erlernen von **autonomer Selbstregulierung**, Selbstunterstützung und Selbstberuhigung;
sich das evt. dahinterliegende Gefühl erlauben, zu erforschen und anzunehmen





- Bereitschaft und **Offenheit für neue Erfahrungen erhöhen**
spontane **Ausdrucksfähigkeit**, **Neugier/Interesse für sich selbst**, **Risikobereitschaft** ermutigen
gesunden, **realistischeren** Blick für **eigene Stärken** und **Ressourcen** fördern
Eigenes entdecken; **Differenzierung zwischen Ich/Du** üben (meinem/deinem Gefühl)
eigener Wahrnehmung, eigenem Standpunkt und eigener Entscheidungen (wieder) trauen; sich selbst und eigene Probleme ernst nehmen lernen
- für den Mut **loben**, auf Ängste und Konflikte zuzugehen
zunehmende Konfliktfähigkeit bei gleichzeitigem **Vertrauen in den Fortbestand der Beziehung fördern**
Themen wie **Abgrenzung** und **Ent-Idealisierung anderer**, **Nein-Sagen**, sich trauen, **Wut** und Ärger zu **zeigen** (auch im Ausdruck!),
konstruktives Streiten lernen, sich unabhängig machen, bei sich bleiben (**Selbstbehauptung**), sich anderen zumuten und sich nicht von Launen anderer beeinflussen lassen
Langfristig darin fördern, sich unabhängig von externer Bestärkung selbst anzunehmen und zu loben
- lernen, **Verantwortung** für das aktuelle eigene **Denken**, **Fühlen** und **Handeln** zu übernehmen.
Projektionen sollen **überprüft** und zurückgenommen, festgefahrene **Konzepte korrigiert** werden.
Gemeinsames Herausarbeiten, Erforschen und **Auflösen** von übernommenen **Introjekten**.
Intellektualisierung und Rationalisierung werden durch die **Überprüfung von Konzepten** und das **Erfragen von Emotionen** gestoppt.
Selbstentwertungen (innerer Kritiker; Über-Ich-Attacken) sollen bewusstgemacht und **unterbrochen**, **wertschätzende Gedankengespräche** mit sich selbst gefördert werden.
-> langfristig: **innere Unabhängigkeit**; **gesteigertes Vertrauen** in sich selbst; Entstehen **eigener Werte und Meinungen**;
durch Übernahme von Eigenverantwortung: **Steigerung von Selbstachtung, Ich-Stärke, Selbstwirksamkeitsüberzeugung** und **-erleben**

- **Biographiearbeit:** Erforschen kindlicher Beziehungserfahrungen (Eltern-Dynamiken, traumatische Erfahrungen wie Trennungs- und Verlusterlebnisse, Erkrankungen etc.) z. B. durch Experimente bzw. Rituale unterstützen.
Frühere Selbstanteile und (frühere) **abhängige Beziehungen** bzw. Beschränkungen, Beschämungen **bewusstmachen**;
Verstehen lernen, wie sich diese auf aktuelles So-Sein auswirken
-> verletzte frühere Situationen genau explorieren, **bezeugen, würdigen** und durch die Arbeit mit den verletzten (jüngeren) Selbstanteilen sukzessive integrieren (**jüngeren Anteil beschützen; frühere Bedürfnisse** bzw. **unbeachtete Bedürftigkeit, Verlassenheit, Traurigkeit** herausarbeiten; **sich selbst** den Rücken **stärken** und **solidarisch sein (bei Eigenem bleiben)**)
Sprachlosigkeit und Hilflosigkeit sukzessive gemeinsam beseitigen
- **Kosten** der dysfunktionalen Strategien in Beziehungen **aufzeigen** und den **Hintergrund verstehbar** machen.
erfahren, dass die Art der Beziehungsgestaltung bzw. Strategien nicht mehr angemessen/nicht mehr erforderlich sind.
Entwickeln eines **realistischen Elternbildes**
Erkennen und Betrauern des „eigenen Dramas“
Verstehen lernen, wie man manipuliert wird/wurde aber auch, wie man selbst manipuliert.
- Bearbeitung von **Scham- und Schuldgefühlen:** Es ist leichter, sich schuldig zu fühlen, als auf die eigene Unabhängigkeit und Unschuld zu bestehen, wodurch allerdings abhängige Dynamiken langfristig aufrechterhalten werden -> **Lernen** von echtem **Verzeihen** (im Gegensatz zu einem oft damit verwechselten schnellen Anpassen)
„Verzeihen kann nur jemand, der verstanden hat, wieso dies alles geschehen musste. Er muss Zugang gefunden haben zu seiner tiefen Wut, und er muss Wege gefunden haben, diese für sein Leben zu erschließen.“ (Röhr, 2017, S.159)
Dafür ist das Vorhandensein einer tiefen persönlichen Reife Voraussetzung.
„Verzeihen ist nur möglich, wenn es ein Akt der gewonnenen Freiheit ist.“ (S.160)



- **Gestalt-Experimente** (z. B. Briefe schreiben (und nicht abschicken); Arbeiten mit dem Grimm'schen Märchen „Die Gänsemagd“ als hilfreiche Zugangsweise (Röhr, 2017); Körperarbeit: Experimentieren mit Stimme und Körper-Ausdruck wie beispielsweise „Nein“-Variationen; Wahrnehmungsexperimente (wie spürt sich das an, ist das angenehm, unangenehm...?)) (siehe dazu auch Wisnecky, 2016)



- **langfristiges Therapieziel und Abschluss:**

Eingehen **stabiler Partnerschaften** bei gleichzeitigem **Fortbestehen der eigenen Identität** und **Ich-Stärke**;
 Förderung der Meinungsäußerung, des Spürens und Äußerns bis hin zum Einfordern eigener Bedürfnisse;
 Ausdruck von Ärger; Erleben von Wahlmöglichkeiten; Fördern von Entscheidungen und eigener Interessen;
 -> Betroffene dabei in ihren Initiativen bestärken und unterstützen

Unterschied zwischen **Liebe** und **Abhängigkeit** erfahren lernen;

Themen, wie z. B. „**Alleine-Sein vs. Einsam-Sein**“: lernen, was es heißt, auch in Beziehung manchmal alleine, jedoch nicht unverbunden zu sein bzw. ein Gefühl von Verbundenheit (auch zu sich selbst) im Alleine-Sein;
 experimentieren, wie weit jemand „gehen“ kann und dabei die Erfahrung zu machen, dass der oder die andere immer noch verlässlich da ist

PatientInnen darauf vorbereiten, dass sie **nach Veränderungen im Umfeld auf Widerstände** stoßen werden.

Letztlich geht es thematisch um das **Abschiednehmen** und eine gute **Vorbereitung des Therapieendes**.

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!



Mag. Barbara Wisnecky
Klinische Psychologin, Gesundheitspsychologin
Psychotherapeutin (IGT)

Mariahilfer Straße 51/7/59, 1060 Wien
barbara.wisnecky@dibbs.at
0681 81 73 70 01
www.dibbs.at

Literaturverzeichnis

- Berberich, G., Zaudig, M. et al. (2018) (Hrsg.) Persönlichkeitsstörungen. Update zu Theorie und Praxis. Stuttgart: Schattauer.
- Berberich, G. (2018). Kategorien, Verfahren, Programme – Evidenzbasierte Therapie im Überblick. In: Berberich, G., Zaudig, M. et al. (Hrsg.) Persönlichkeitsstörungen. Update zu Theorie und Praxis. Stuttgart: Schattauer.
- Boerner, R. (2018). Temperament. In: Berberich, G., Zaudig, M. et al. (Hrsg.) Persönlichkeitsstörungen. Update zu Theorie und Praxis. Stuttgart: Schattauer.
- Call, M., D'Ericco, L., Vogel, E. & Mander, J. (2018). Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen. In: Berberich, G., Zaudig, M. et al. (Hrsg.) Persönlichkeitsstörungen. Update zu Theorie und Praxis. Stuttgart: Schattauer.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde – DGPPN. (Hrsg.) (2009). S2 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band1: Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen. Berlin: Steinkopff.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. (Hrsg.) (2008). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Bern: Hans Huber.
- Dobiosch, S. & Benecke, C. (2018). Empirisch ermittelte Risiko- und Schutzfaktoren. In: Berberich, G., Zaudig, M. et al. (Hrsg.) Persönlichkeitsstörungen. Update zu Theorie und Praxis. Stuttgart: Schattauer.
- Ehrenthal, J. (2018). Strukturbezogene Psychotherapie. In: Berberich, G., Zaudig, M. et al. (Hrsg.) Persönlichkeitsstörungen. Update zu Theorie und Praxis. Stuttgart: Schattauer.
- Falkaj, P. & Wittchen, H.-U. (Hrsg.) (2015). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. Göttingen: Hogrefe.
- Fiedler, P. (2000). Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe.
- Fiedler, P. (2007). Persönlichkeitsstörungen. Weinheim: PVU.

- Fiedler, P. (2018). Persönlichkeitsstile und Persönlichkeitsstörungen. Heidelberg: Seminarunterlagen.
- Lelord, F. & André, C. (2009). Der ganz normale Wahnsinn. Berlin: Aufbau.
- Mentzos, S. (2009). Lehrbuch der Psychodynamik. Göttingen: V&R.
- Oldham, J. & Morris, L. (2007). Ihr Persönlichkeits-Portrait. Eschborn/Frankfurt a. Main: Klotz.
- Rentrop, M., Müller, R. & Bäuml, J. (Hrsg.) (2009). Klinikleitfaden Psychiatrie und Psychotherapie. München: Urban&Fischer.
- Roediger, E. (2018). Die Schematherapie. In: Berberich, G., Zaudig, M. et al. (Hrsg.) Persönlichkeitsstörungen. Update zu Theorie und Praxis. Stuttgart: Schattauer.
- Röhr, H.-P. (2017). Wege aus der Abhängigkeit. Ostfildern: Patmos.
- Rudolf, G. (2013b). Krankheitsdisposition und Symptombildung. In: Rudolf, G. & Henningsen, P. (2013) (Hrsg.) Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Stuttgart: Thieme.
- Rudolf, G. (2013d). Krankheitsbilder in der Folge des Grundkonflikts der Autonomie. In: Rudolf, G. & Henningsen, P. (2013) (Hrsg.) Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Stuttgart: Thieme.
- Rudolf, G. (2013e). Persönlichkeitsstörungen. In: Rudolf, G. & Henningsen, P. (2013) (Hrsg.) Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Stuttgart: Thieme.
- Sachse, R. et al. (2013). Klärungsorientierte Psychotherapie der dependenten Persönlichkeitsstörung. Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt, U. & Rein, T. (2018). Neurobiologie. In: Berberich, G., Zaudig, M. et al. (Hrsg.) Persönlichkeitsstörungen. Update zu Theorie und Praxis. Stuttgart: Schattauer.

- Stiglmayr, C. (2018). Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Berberich, G., Zaudig, M. et al. (Hrsg.) Persönlichkeitsstörungen. Update zu Theorie und Praxis. Stuttgart: Schattauer.
- Taubner, S. (2018). Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: Berberich, G., Zaudig, M. et al. (Hrsg.) Persönlichkeitsstörungen. Update zu Theorie und Praxis. Stuttgart: Schattauer.
- Toebe, P. (2013). Diagnostik der Charakterstile nach Konzeptideen von Lynne Jacobs. Unveröffentlichtes Skriptum.
- Toebe, P. (2013). Diagnostik der Charakterstile nach Konzeptideen von Lynne Jacobs. Unveröffentlichte Folien zum Seminar.
- Toebe, P. (2015). Diagnostik der Charakterstile nach Konzeptideen von Lynne Jacobs. Unveröffentlichte Folien zum Seminar.
- Wisnecky, B. (2016). Integrative Gestalttherapie und Persönlichkeitsdiagnostik. Das Diagnostikkonzept von Lynne Jacobs und der ängstlich-vermeidende bzw. selbstunsichere Persönlichkeitsstil – ein „Kontaktversuch“. Wien: unveröffentlichte Abschlussarbeit am IGWien.
- Wisnecky, B. (2018). Die Erweiterung des Diagnostikkonzeptes von L. Jacobs um die dependente respektive abhängige Persönlichkeitsstörung bzw. –akzentuierung. Wien: unveröffentlichtes Manuskript.
- Zaudig, M. (2018). Kategoriale Diagnostik nach ICD-10 und DSM-5. In: Berberich, G., Zaudig, M. et al. (Hrsg.) Persönlichkeitsstörungen. Update zu Theorie und Praxis. Stuttgart: Schattauer.
- Zill, P. (2018). Epigenetische Mechanismen. In: Berberich, G., Zaudig, M. et al. (Hrsg.) Persönlichkeitsstörungen. Update zu Theorie und Praxis. Stuttgart: Schattauer.