



INSTITUT FIR
PSYCHOLOGESCH
GESONDHEETS
FÖRDERONG vun
der LGIPA a.s.b.l.

IPG-Bartreng/Ettelbréck

IPSM-bordie

Grundlagen

Individual-Psychologische Selbst-
Managementtherapie für Personen mit
Borderline-Störung

Dr. Lucien NICOLAY (2009)

« FEUER & EIS » oder: Der sprunghafte Persönlichkeits- & Kommunikationsstil

« Für sprunghafte Menschen ist das Leben eine Achterbahn. Sie brauchen immer eine tiefe romantische Beziehung zu einem anderen Menschen & treten voller Leidenschaft & Intensität mit dem Leben & anderen Menschen in Kontakt. Sie reagieren auf jeden & finden in allem, was ein anderer sagt oder tut, eine emotionale Bedeutung. Sie sind daher leicht geschmeichelt & erfreut, genauso schnell aber am Boden zerstört oder enttäuscht. Sie zeigen was sie fühlen, sind hemmungslos, spontan, lieben Spaß & haben keine Angst vor Risiken. Fantasievoll & neugierig treten sie anderen Kulturen, Rollen & Wertsystemen entgegen, experimentieren gerne & sind bereit neuen Pfaden zu folgen. » (aus: Schmitz u.a. 2001. Kognitive VT bei PS. Lengerich)

1. BORDERLINE-Störung (BPS): emotional-instabile Persönlichkeitsstörung

9 DSM-IV-KRITERIEN; davon 5 obligat!

Affektivität:

- Unangemessene starke Wut oder Schwierigkeiten, Wut oder Ärger zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernder Ärger, wiederholte Prügeleien)
- Affektive Instabilität, die durch eine ausgeprägte Orientierung an der aktuellen Stimmung gekennzeichnet ist
- Chronisches Gefühl der Leere

Fortsetzung: BORDERLINE-Störung / emotional-
instabile Persönlichkeitsstörung?

9 DSM-IV-KRITERIEN

Impulsivität:

- Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (z.B. Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, Fressanfälle)
- Wiederkehrende Suiziddrohungen, -andeutungen oder -versuche oder selbstschädigendes Verhalten

Fortsetzung: BORDERLINE-Störung / emotional-
instabile Persönlichkeitsstörung?

9 DSM-IV-KRITERIEN

Kognition:

- Vorübergehende stressabhängige paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome
- Identitätsstörungen: eine ausgeprägte Instabilität des Selbstbildes oder des Gefühls für sich selbst

Fortsetzung: BORDERLINE-Störung / emotional-
instabile Persönlichkeitsstörung?

9 DSM-IV-KRITERIEN

Interpersoneller Bereich:

- Verzweifelt Bemühen, reales oder imaginäres Alleinssein zu verhindern
- Ein Muster von instabilen & intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen

2. Psychopathologie => Therapierelevanz

(1) Störung der Affektregulation &

(2) Störung der Identität

- **Betr. Selbstbild:** Tiefgreifende Einsamkeit, tiefgr. Gefühl « Anders » zu sein, tiefgr. Gefühl der Insuffizienz, Gefühl des « hohlen » Kerns, Stör. des Körperselbst, Stör. des Körperbildes
- **Betr. Dysfunktionale Verhaltensmuster:** Suizidfantasien, Selbstverletzungen, Drohungen, Alkohol-/Drogenkonsum, Bulimie, Hochrisikoverhalten, Sex etc. können entweder als Bewältigungsstrategien oder als Folgen der Störung der Affektregulation interpretiert werden

3. Algorithmus für die BPS-Diagnostik n. Bohus & Wolf (2009)

1. Leitsymptom: Einschließende intensive aversive Anspannung (u. keiner handlungsweisenden Emotion zugeordnet werden kann)
2. Operationalisierte Diagnostik: IPDE (Borderline Segment) oder Diagnostisches Interview für DSM-IV-Persönlichkeitsstörungen (DIPD-IV)
3. Schweregradeinteilung: BSL-23
4. Komorbidität: SCID-I

N.B.: « aversiv » betr. Scham, Ekel,...)

4. Diagnostische Verfahren

- **IPDE:** International Personality Disorder Examination von Loranger u.a. (1998). Erste Wahl! (= ein strukturiertes Interview der WHO, das ICD-10 & DSM-IV integriert)
- **DIPD-IV:** Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders von Zanarini u.a. (1996) oder:
- **SCID-II:** Structured Interview for DSM-IV Personality von Pfohl u.a. (1997)
je als 2. Wahl!

Fortsetzung: Diagnostische Verfahren

Zur Schweregraderfassung:

- **ZAN-SCALE:** Fremdrating-Skala, von Zanarini (2003)
- **BPDSI:** Borderline Personality Disorder Severity Index von Arntz u.a. (2003)
- **BSL:** Borderline-Symptom-Liste, Selbstrating von Bohus (2001, 2007 & Kurzf. 2009) mit 95 oder 23 Items; auch veränderungssensitiv!
- **BPI:** Borderline Persönlichkeitsinventar von Leichsenring (1996); = psychodyn. orientiert; betr. Persönlichk.organisation n. Kernberg)

5. Epidemiologie

- Punktprävalenz 0,8-2% (Häufigk./ Störung zu 1 def. Zpkt)
- Lebenszeitprävalenz: 5-6%!
- Anteil junger Patienten: > 6%
- Anteil Gruppe 40-Jähriger: nur 0,7%
- Geschlechterverteilung: 50:50 (nur ½ in Behandlung)
- Aber 70% der psychotherapeutisch behandelten Patienten = weiblich!?!
■ Bei männlichen Patienten eher Fremd-
agressionen als Selbstverletzungen => Justiz &
Forensik (20% aller Gefängnisinsassen)!
- Suizidrisiko: ca. 7%; Suizidversuche: ca. 60%

6. Differenzialdiagnostik & Komorbidität

Zeitgleich Achse-I- & Achse-II- Störungen (Langzeitverlauf):

- Depressive Erkrankungen: 96%
- Angststörungen: 88,5%
- Substanzmissbrauch & Substanzabhängigkeit: 64%
- Essstörung: 53%
- Sowie Trinkstörungen, etwa nur 0,5 L. pro Tag (korrelieren mit Dissoziation oder Pseudohalluzinationen)
- Schlafstörungen (Einschlafstörungen & Alpträume besonders bei komorbider PTBS/Posttraumatische Belastungsstörung)

Fortsetz. Differenzialdiagnostik & Komorbidität

Im Langzeitverlauf assoziierte Persönlichkeitsstörungen

- Dependente PS: 50%
- Ängstlich-vermeidende PS: 40%
- Paranoide PS: etwa 40% (signif. häufiger bei Männern!)
- Antisoziale PS: 25%
- Histrionische PS: 15%

Klinisch relevant:

Jeder 2. Borderline-Patient litt früher unter schwerer **AD(H)S**; bei 20% der stationär behandelten BPS persistieren die Aufmerksamkeitsstörungen im Erwachsenenalter!

7. Verlauf & Prognose

- Symptomentwicklung in **früher Adoleszenz!!!**
- Bimodale Verteilung:
 - 1. Gruppe: Bereits mit 14 Jahren wegen Verhaltensauffälligkeiten wie Essstörungen, Selbstschädigung, Suizidversuche, auffälliges Sozialverhalten, affektive Störung in stationärer Behandlung
 - 2. Gruppe: im Mittel mit 24 stationär behandelt.
- 30% der BPS-Erwachsenen fügten sich bereits im Grundschulalter intendierte Selbstverletzungen zu.

Fortsetzung: Verlauf & Prognose

- BPS-Suizidrate: 5-8%
- Risikofaktoren für vollendete Suizide: impulsive Handlungsmuster, höheres Lebensalter, Depressionen, komorbide Antisoziale PS, frühkindlicher Missbrauch sowie Selbstverletzungen.
- Hohe Remissionsraten: DSM-IV-Kriterien werden
2 Jahre nach Diagnose nur noch von 60%
4 Jahre nach Diagnose nur noch von 50%
6 Jahre nach Diagnose nur noch von 33%
8 Jahre nach Diagnose nur noch von 20%
erfüllt! Rückfallraten = sehr gering: 6%!

Fortsetzung: Verlauf & Prognose

- Dysfunktionale Muster wie Selbstverletzungen & Suizidversuche reduzieren sich deutlich;
- Affektive Instabilität persistiert dagegen!
- Risiko bei Alkohol, Drogen, PTBS, Ängstlich-unsichere PS (siehe Folie 12)

N.B.: Chronifizierungs-Risiko: wenn über 25 J., wenn Hospitalisierungen und/oder Missbrauch in der Vorgeschichte und/oder Substanzmissbrauch in der Familie, wenn « Lifetime » affektive Störungen oder PTBS oder Cluster-C PS vorliegen!

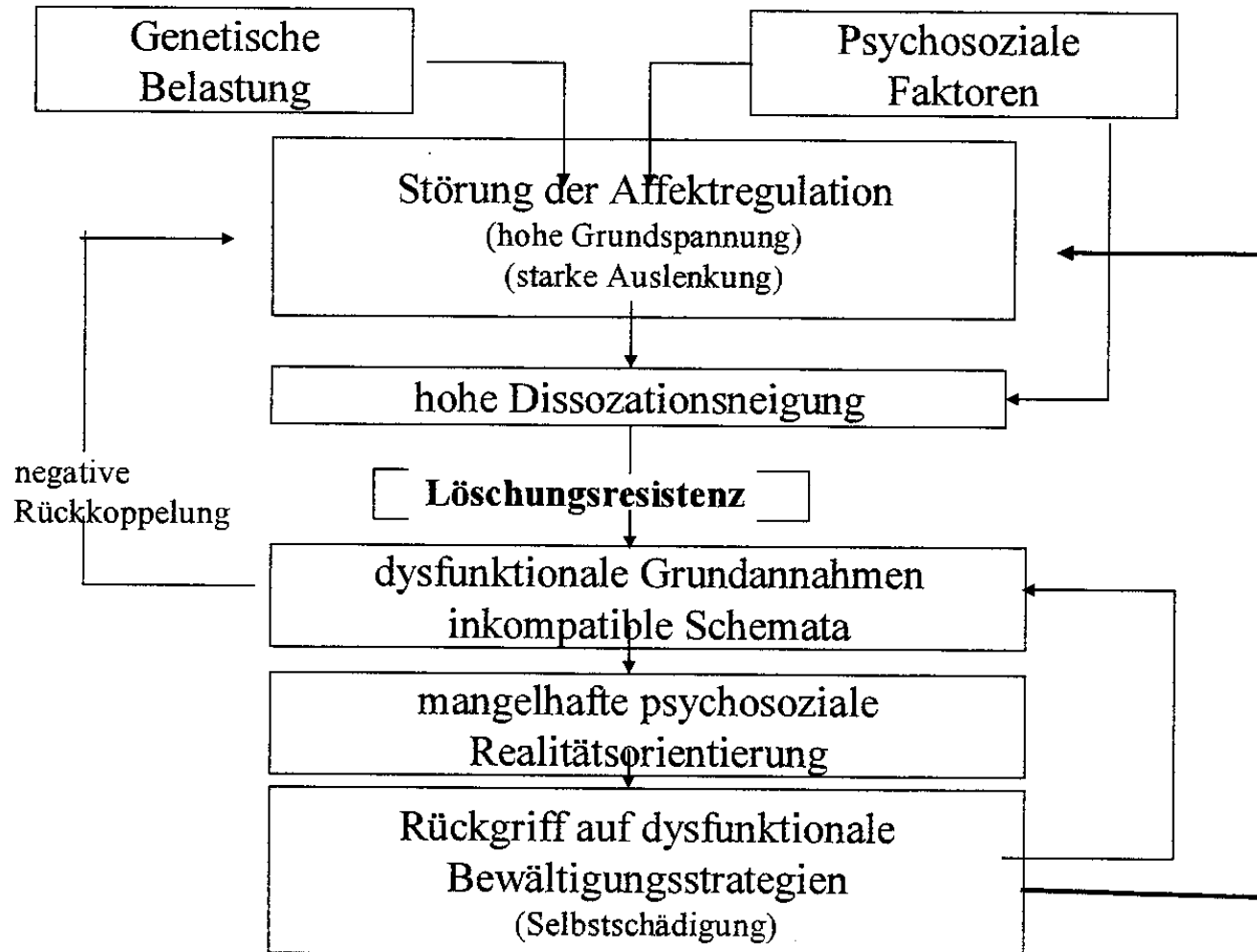
8. Biopsychosoziales Entstehungsmodell

1. Zusammenwirken **genetisch bedingter neurobiologischer Faktoren** wie Dissoziationsneigung, Störungen der Reizkontrolle & Affektmodulation (hohe Grundspannung, starke Auslenkung) mit **psychosozialen Variablen** wie sexueller Missbrauch & emotionale Vernachlässigung.
2. In der Folge entwickeln sich dysfunktionale & inkompatible kognitiv-emotionale Schemata, die sich in Störungen der Identität, der Beziehungs- & der Affektregulation & der Handlungssteuerung manifestieren (=> mangelhafte psychosoziale Realitätsorientierung?)

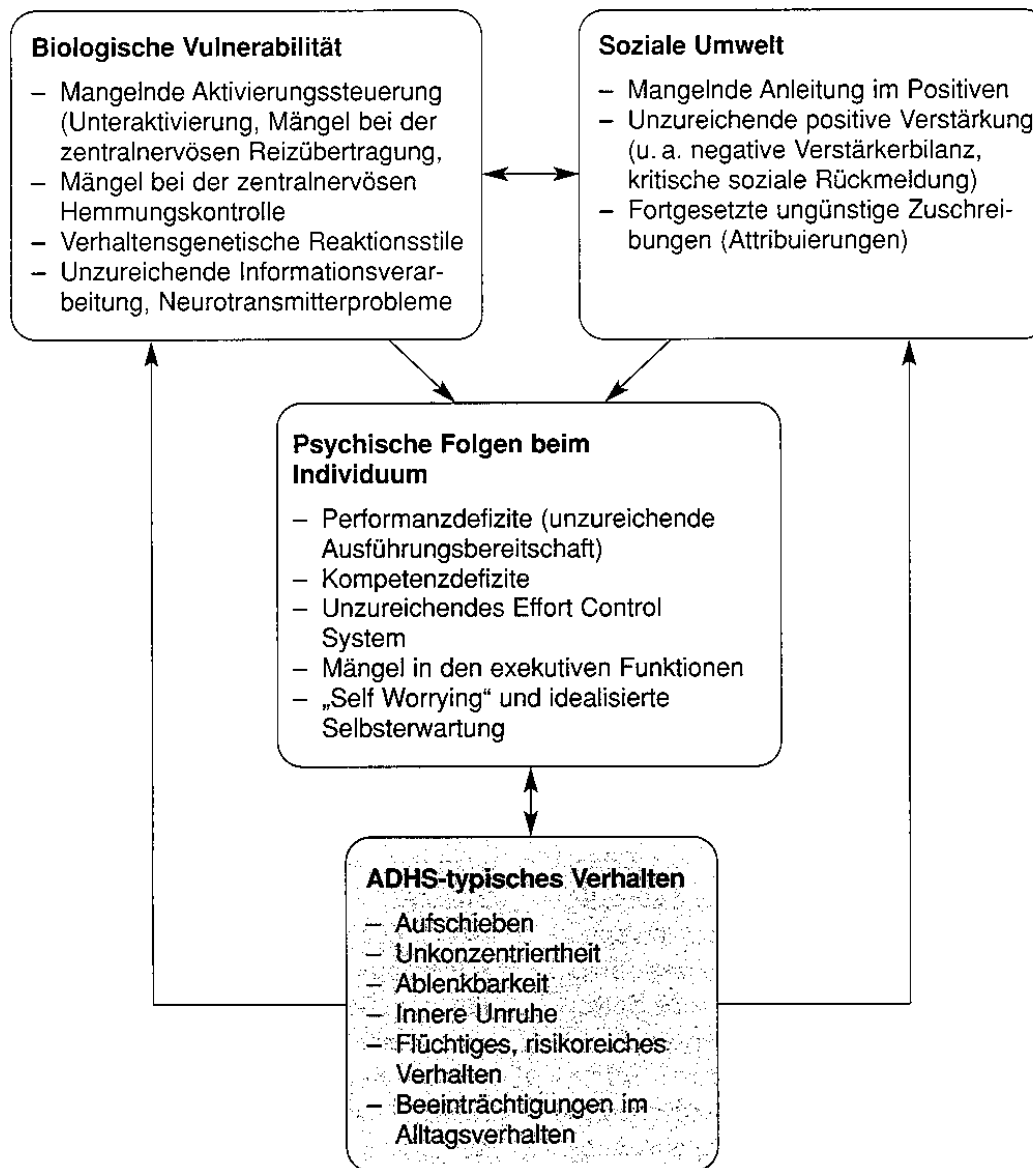
Fortsetz. Biopsychosoziales Entstehungsmodell

3. Insbesondere die Störungen der Affektregulation führen häufig zu intensiven einschließenden Zuständen von starker innerer Anspannung & subjektiver Erfahrung von Hilflosigkeit & Ohnmacht.
4. Die meisten Menschen mit BPS entwickeln Verhaltensmuster, welche diese aversive Anspannung rasch dämpfen, jedoch längerfristig sowohl die Affektregulation als auch das Selbstwertgefühl negativ beeinflussen (= dysfunktionale Bewältigungsstrategien, z.B. Selbstverletzungen, Drogen- oder Alkoholabusus, Essstörungen, Hochrisikoverhalten)

Neurobehaviorales Entstehungsmodell nach Bohus '07



Biopsychosoziales Modell nach Bohus (2009)



Im Einzelnen ...

(a) **Genetische Belastung** erklärt 69% der Varianz

(b) **Psychosoziale Faktoren:**

frühe sexuelle Gewalterfahrungen: ca. 65%

Vernachlässigung: ca. 40%

aber auch 25% ohne schwere traumatische Erfahrungen!

- aber fehlende/unangemessene Validierung des Kindes???

(c) **Störungen der Affektregulation:**

erhöhte Sensitivität gegenüber emotionalen Reizen, verstärkte emotionale Auslenkung, Verzögerung der Emotionsrückbildung auf Ausgangsniveau

d.h. BPS-Patientinnen erleben signifik. häufiger, länger & intensiver aversive Spannung & haben dabei Schwierigkeiten, die Emotionen zu differenzieren.

weiter mit

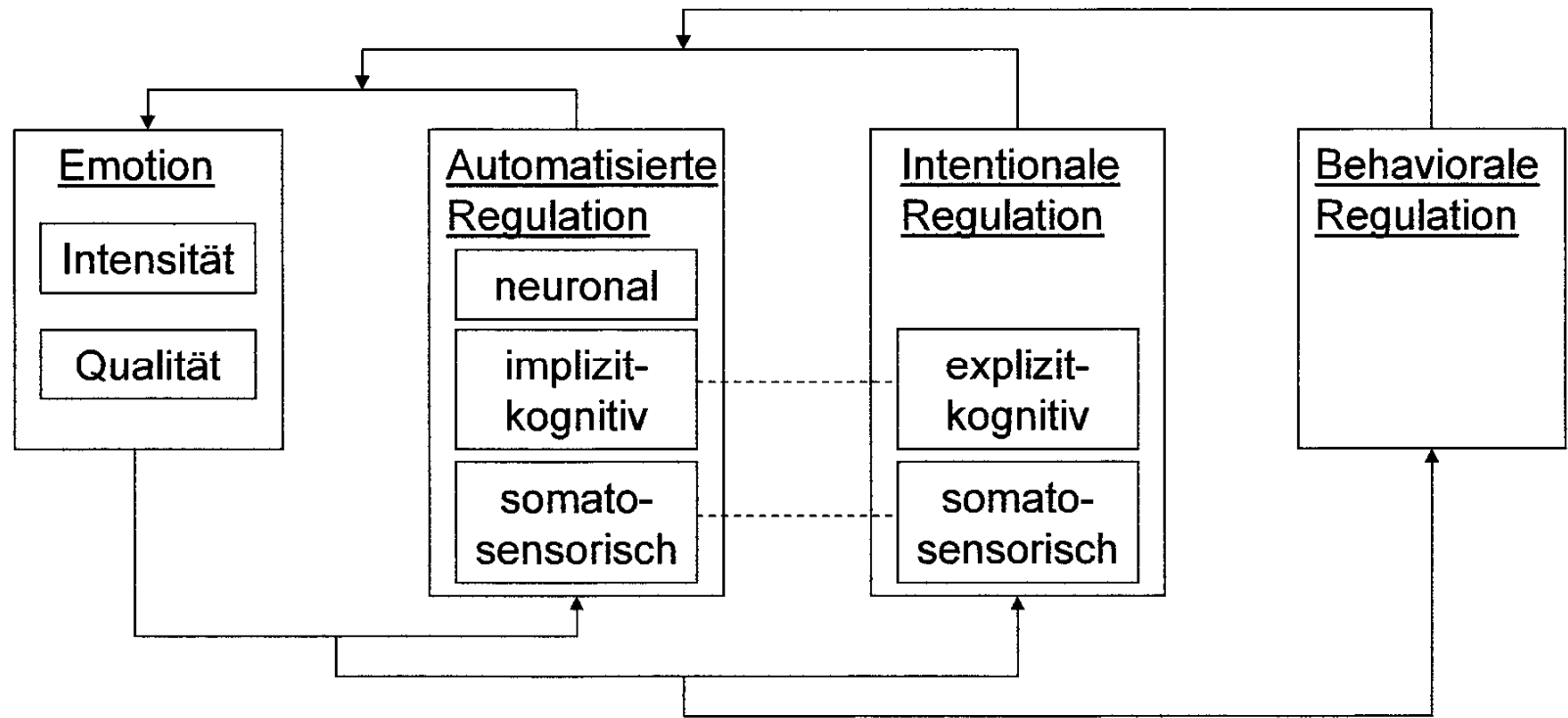
(c) Induktion & Regulation von Affekten in

limbischen, paralimbischen & neokortikalen frontalen Strukturen des Gehirns. Hier finden emotionale, motivationale, kognitive & motorische Verarbeitungsprozesse statt. Soziale & emotionale Selbstregulation aufgrund von Zusammenwirken von fronto-limbischen Arealen, betr. z.B. Regulation der Amygdala & Kontrolle konditionierter Furchtreaktionen. Dazu:

PET-Studien: metabolische Veränderungen im präfrontalen Kortex.

MRI-Untersuchungen: Volumenreduktion des Hippocampus (-16%) & der Amygdala (-8%), also wie bei PTBS (Hippocampusredukt. ähnlich wie bei Major Depression); Spektroskopie: N-Acethyl-Aspartat-Reduktion (betr. zelluläre Integrität).

Neuropsychologie der Emotionsregulation n. Bohus '09



Fortsetz.: im Einzelnen ...

(d) **Dissoziative Phänomene** bei 65% der BPS-Patienten

- **Psychologische Dissoziation: Derealisation & Depersonalisation**
- **Somatatoforme Dissoziation: Analgesie, Verlust der Kontrolle über Willkürmotorik, Veränderung der kinästhetischen Wahrnehmung, der Optik, der Akustik**
- **Hohe Korrelation: aversive Anspannung & Dissoziation**
- **Trigger der Symptomatik = intrapsychischer Stress &/oder genetische Teildetermination**
- **Folge: aktivierte dissoziative Zustände wirken sich negativ auf Therapieergebnisse & basale Lernprozesse aus; d.h. für BPS-Patienten: die Fähigkeit neue Erfahrungen zu machen & mit alten Erfahrungsmustern zu verknüpfen, ist unter Stress erheblich beeinträchtigt.**

(e) Störungen der Körperakzeptanz & der Schmerzwahrnehmung

- Attributionsstörung betr. Körperkonzept: Über 50% der BPS-Patientinnen lehnt Körper, « so wie er jetzt ist », intensiv ab; viele sehen Körper als getrennt von sich selbst & haben Angst vor körperlicher Berührung.
- Jedoch kein positiver Zusammenhang zwischen negativem Körperkonzept & Missbrauchserfahrung.
- Dagegen deutlicher Zusammenhang (unabhängig von sexueller Traumatisierung) zwischen negativem Selbstkonzept & negativem Körperkonzept.
- Stressabhängige Analgesie resp. signifikant reduzierte Schmerzsensitivität im Vgl. zu Gesunden bei 70% aller selbstverletzender Patientinnen während Selbstverletzung (im Test: bei gleicher subjekt. Stresseinschätzung) ²⁷

(f) Dysfunktionale Grundannahmen & inkompatible Schemata

- Prinzipiell kein Nachweis über Störungen der funktionellen oder formalen kognitiven Leistungsfähigkeit bei BPS, außer wenn komorbid AD(H)S im Erwachsenenalter!
- Aber gesichert: inhaltliche kognitive Probleme, d.h. hohes Maß an dysfunktionale Grundannahmen, automatischen Gedanken, ungünstigen Plänen & Schemata
- Diese intrapsychischen Konzepte, über sich, andere & die Welt führen zu selektiver Aufmerksamkeit, zu überwertigen interpretativen Mustern, Aktivierung von Katastrophengedanken & dysfunktionalen Handlungsentwürfen usw. (vgl. tendenziöse Apperzeption & Beziehungsgestaltung, selektive Interaktion, ...)

(f) Fortsetz. Dysfunktionale Grundannahmen & ...

- Diese (ungünstigen) Konzepte steuern weitgehend das gegenwärtige innere Erleben der Bordies & deren zwischenmenschliche Bezugssysteme. Gerade die den Konzepten entsprechende Kommunikationsmuster führen dann zu den befürchteten zwischenmenschlichen Konsequenzen, was wiederum die Aufrechterhaltung der maladaptiven Schemata begünstigt.
- Einige häufige maladaptive Grundannahmen von Bordies:
 - « *Ohne liebendes Gegenüber löse ich mich auf* »
 - « *Ich bin anders als alle anderen* »
 - « *Wenn mir jemand zu nahe kommt, dann droht Gefahr* »
 - « *Wenn jemand sieht, wie minderwertig ich bin, werde ich verlassen* »
 - « *Wenn mir jemand zu nahe kommt, werde ich destruktiv* »
 - « *Wenn jemand meine Schwäche sieht, wird er mich demütigen* »»

(f) Fortsetz.: dysfunktionale Grundannahmen & ...

- Diese oft widersprüchlichen & schlecht relativierbaren Grundannahmen sind die Quelle vielfältiger Beziehungsstörungen: Wann immer das wichtige Bedürfnis (sichere Nähe), also ein dringendes, existenzielles Grundbedürfnis, droht, befriedigt zu werden, entwickelt sich rasch ein massiver Konflikt zu den konträren Schemata.
- Der Konflikt der Bordies wird nicht durch Modifikation & Kompromisslösung gelöst, sondern über **Oszillation**, z.B. Bewegung-Gegenbewegung => Annäherung-Rückzug-Wechsel mit erheblichen Irritationen bei allen.
- Es besteht also Diskrepanz zwischen zwischenmenschlicher Intention & beobachtbaren Interaktion

(f) Fortsetz. Dysfunktionale ...

Bordies unterscheiden sich von Gesunden in:

- Ihren Schwierigkeiten zu erkennen, dass sie beim Gegenüber Irritationen (bis Misstrauen) auslösen; so können Beziehungen nur schwer repariert, Loyalität schlecht aufgebaut werden;
- Ihren eingeschränkten Fähigkeiten, die Reaktion des gegenüber auf eigene Handlungen zu antizipieren; so können sie schlecht abschätzen, was sie selbst beim Gegenüber auslösen & sind dann von Folgereaktionen überrascht.

Sie unterscheiden sich jedoch kaum, was das Dekodieren emotionaler Signale anbelangt.

(g) Objektive soziale Variablen

- Trotz relativ kompetenter Präsentation (Scham!) in den Therapiestunden ist ihre soziale Realität oft desolat: Finanzen, Wohnungsprobleme, Erziehungsprobleme, Partnerprobleme, regelmäßige Vergewaltigungen u.ä.!
- Das Aufblühen ihrer Symptomatik in der Adoleszenz führt zu niedrigen Schulabschlüssen & später zu niedrigem Sozialstatus (relativ zur Herkunftsfamilie)
- Negativselektion für Partnerschaft: Schwierigkeiten beim Aufbau zuverlässiger Bindungen, traumatisierende sexuelle Erfahrungen in Vorgeschichte, impulsive Verhaltensmuster wirken auf sozial kompetente Partner auf Dauer nicht anziehend. Hinzu kommen fatale Rollenmodelle männlichen Verhaltens zum Tragen,

Fortsetzung: Objektive soziale Variablen

die dann Verbindungen zu Partnern mit Persönlichkeitsstörungen, Drogen- oder Alkoholmissbrauch & Gewaltbereitschaft nahelegen. Natürlich gibt es Ausnahmen!

- Die Kindererziehung gestaltet sich schwierig! Ein hohes Maß an Liebe & oft verzweifelter Bindung an das Kind, kombiniert mit starken Schwankungen der Affekte & Impulskontrollstörungen, ist sicherlich ein guter Nährboden für Verhaltensstörungen des Kindes: Folge: Schuldgefühle & Unterwerfung der Mutter unter bisweilen tyrannische Muster des Kindes.
- Tief verankerte Täter-Opfer-Interaktionen weiter im Erwachsenenalter; sie werden durch nur wenige Signale aktiviert (zum Teil inzestuös)!

Fortsetzung: Objektive soziale Variablen

Dem Selbstbild einer erwachsenen, jetzt nicht mehr wehrlosen Frau, schadet die Unfähigkeit, Widerstand gegen das männliche Begehren zu leisten! Folge: Invasion von Scham & Schuldgefühlen, die Therapieabbruch provozieren können, wenn Therapeut nicht aktiv vorbeugt.

9. IPSM

INDIVIDUALPSYCHOLOGISCHES SELBST-MANAGEMENT (als gesundheitsbezogene Maßnahme) resp. SELBST-MANAGEMENT-THERAPIE (als psychotherapeutische Maßnahme) vereinen Konzepte & Methoden von L.K. ACKERKNECHT (1913-1997) & F.H. KANFER (1925-2002).

Sie wurden von L. NICOLAY ab 2000 konsequent als **modulare Gruppenmaßnahme** für Jugendliche & Erwachsene, konzipiert & erprobt. Problem- & störungsspezifische Ausrichtungen werden in den Modulen differenziert & immer wieder auf den neuesten Stand gebracht. Die Gruppe ist ein wichtiger Wirkfaktor im Jugend- & Erwachsenenalter (Motivation, Ressourcenaktivierung)

IPSM als Gruppenmaßnahme wurde bereits entwickelt

- für belastete junge Leute oder von Störungen bedrohte junge Menschen (ab 2000 IPSM-teens & twens; ab 2006 als IPSM-ados)
- für die Rehabilitation & Therapie von Kraftfahrern mit Alkohol- &/oder Drogenmissbrauch/-Abhängigkeit sowie von Rasern & antisozialen Fahrer (ab 2000 IPSM-traffic & COP-CAR-SIR).
- für die Therapie von Boderline Patienten, von depressiven Patienten, von ADHS-Betroffenen (ab 2004 IPSM-bordie/adhs/deprim)
- für die Verbesserung des individuellen Gesundheits- & Sicherheitsmanagements in den Betrieben (ab 2004 IPGSM)
- für die Behandlung von Tinnitus- & Hyperakusis-Patienten (ab 2005 IPSM-Tinnitus)

Zu IPSM als psychotherapeutische Gruppenmaßnahme am IPG gehören:

- eine ausführliche psychologisch-psychotherapeutische Diagnostik & Differenzialdiagnostik im Einzelsetting (vgl hierzu Ppts von Nicolay, 2009: Klinisch-psychologische & Psychotherapeutische Diagnostik I-VI) im Rahmen der « Theragnostik » (max.8 Stdn)
- & eine obligate Untersuchung durch zuständige Fachärzte (nicht am IPG)
- Die Einzelsitzungen « Theragnostik » dienen darüber hinaus der Vorbereitung auf die Gruppe durch entsprechende Aufklärung (Störung, Verhaltensanalysen Therapiemodule, Ziele, Indikation) sowie das Erstellen von Behandlungsabkommen & Notfallplan.

Fortsetz. IPSM

IPSM wurde von L. Nicolay ausführlich beschrieben in:

- Psychotherapeutische Rehabilitation von persönlichkeitsgestörten Kraftfahrern. IP-FORUM spezial 2000. (Monographie)
- dem IPSM-Moderatorenhandbuch für Klinische Verkehrspsychologen und Verkehrspsychotherapeuten der LGIPA. IP-FORUM spezial 2002. (Monographie)
- der von der LGIPA herausgegeben Monographie: Vorbeugen ist besser als Heilen. Psychologische Therapie mit Jugendlichen am IPG & IPSM unter besonderer Berücksichtigung der Arbeit mit Jugendlichen & ihren Bezugspersonen, S. 45-85. Bad Münstereifel & Luxemburg 2003.
- der Monographie IP-FORUM spezial 2005: IPSM-Tinnitus.
- der Zeitschrift für Individualpsychologie 30/2005: Gesundheitsförderung & Psychotherapie in der Gruppe, S. 255-274.
- der Monographie IP-FORUM spezial 2006: Gruppentherapie, Gruppenanalyse, Supervision. Fokalanalyse in IPSM-Kurzzeitgruppen & IPSM-teens & twens, S. 1-31.

10. Anforderungen an spezifische BPS-Psychotherapie (vgl. 2)

Hierarchie der Therapieziele:

1. Bewältigung der Suizidalität
2. Kontrolle über automatisiertes Verhalten (betr. Selbstverletzung, Hochrisikoverhalten, Dissoziation, Aggression, schwere Essstörung)
3. Verbesserung der Emotionsregulation
4. Verbesserung der Selbstakzeptanz
5. Verbesserung der Beziehungsregulation & Beziehungsgestaltung

11. IPSM-bordie Grundprinzipien

(In Anlehnung an Linehan ab 1996)

1. Die Borderline-Störung ist zu verstehen als eine Extremvariante der Persönlichkeitsentwicklung aufgrund des Zusammenwirkens genetisch bedingter neurobiologischer Faktoren mit ungünstigen psychosozialen Variablen. Die Konsequenzen für den Einzelnen & sein Umfeld sind oft sehr schwer zu ertragen!
2. Bordies versuchen trotzdem das Beste aus ihrer gegenwärtig verheerenden Situation zu machen
3. Sie wollen sich verbessern, aber sie müssen sich leider mehr anstrengen, härter arbeiten & stärker motiviert sein, um sich zu verändern.

Fortsetzung: Grundprinzipien

4. Das Leben suizidaler Borderline-PatientInnen ist so, wie es gegenwärtig gelebt wird, in der Regel unerträglich.
5. Menschen mit Borderlinestörung haben ihre Probleme nicht selbst verursacht, aber sie müssen sie selber lösen.
6. Sie müssen neues Verhalten im relevanten Kontext & in allen Lebensbereichen lernen.
7. Sie können in der Therapie nicht versagen.
8. (Therapeuten, die mit Bordies arbeiten, brauchen Unterstützung)

12. IPSM-bordie-Gruppenmodule

Drei psychologische Gruppenmodule (4-8 Personen) nach individueller Diagnostik / Differenzialdiagnostik & Indikationsstellung:

1. *Psychoedukation & biograf. Selbsterfahrung*
2. *Selbstmanagementtherapie & Coaching*
3. *Individualpsychologische Fokalanalyse & Schematherapie; MBT u.a.*

Je Modul 8-14 Sitzungen à 2 Stunden pro Woche; maximal 80 Stunden im Jahr. Für traumatisierte Menschen werden zusätzlich traumazentrierte Einzelsitzungen empfohlen.

IPSM-bordie 1: Psychoedukation & ressourcenorientierte Selbsterfahrung

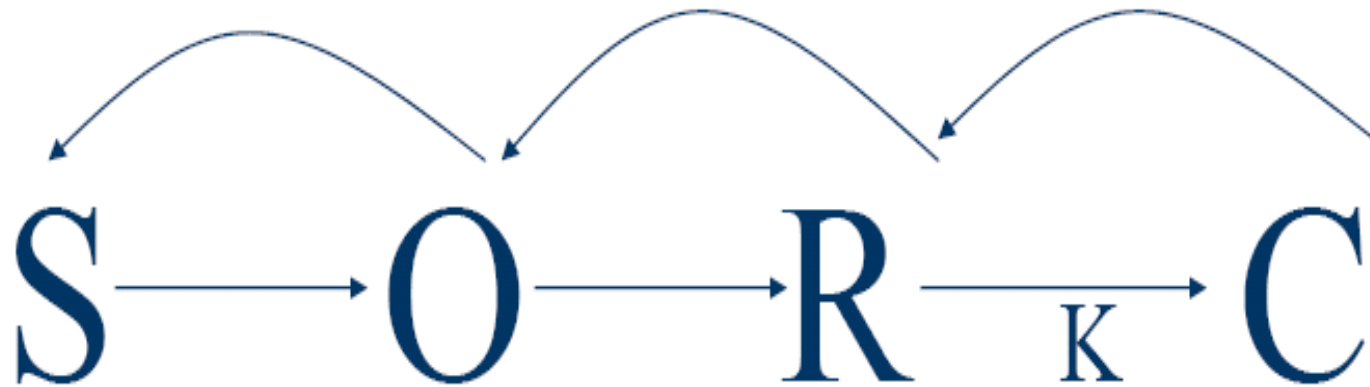
- Schaffung günstiger Voraussetzungen: Kennenlernen, Rollenklärung, « Interaktionsregeln/Gruppenregeln », Gruppenübungen zu Ressourcen & biograf. Selbsterfahrung.
- Abbau von Demoralisierung & Aufbau von Therapiemotivation & Volition (Verbesserungen, Zukunft!)
- BPS & mein Störungsbild, Schwerpunkte & Ziele der Gruppenmodule & meine Therapieziele, das Einhalten von Abkommen & Notfallplan, Verhaltensanalyse des letzten Suizidversuchs resp. des letzten Therapieabbruchs, meine Ressourcen & Stärken, meine bisherigen Bewältigungs- & Überlebensstrategien

IPSM-bordie 2: Selbstmanagement-therapie & Coaching (vgl. DBT: Linehan, Bohus)

Verbesserung

- der Überlebensstrategien (Umgang mit suizidalen Krisen),
- der Therapie-Compliance (Umgang mit V.mustern, die Fortsetzung/Fortschritt der Therapie verhindern),
- der Lebensqualität (Behandlung von PTBS, Alkohol- & Drogenabusus, Essstörungen, Ängsten),
- von Verhaltensfertigkeiten / Skills (vgl. IPSM-adhs 2)
- von Erlebens- & Verhaltensweisen, die mit dysfunktionalen Schemata & emotionaler Aktivierung zusammenhängen (Vertiefung unter IPSM-bordie 3)

O: Selbstbeobachtung => Selbstbewertung
=> Selbstverstärkung



Situationalen
Bedingungen

(Stimulus)

Organismus-
variable

(Person)

Reaktion

Kontingenz

Konse-
quenzen

IPSM-bordie 3: Fokalanalyse, Schema- & Mentalisierungs-Therapie

- Förderung der Mentalisierungsfähigkeit & des intersubjektiven Verstehens in der Gruppe
- Analyse dysfunktionaler Schemata, Schema-konflikten, Beziehungskonfl. & deren Ablösung
- Erprobung/Anbahnung neuer Denk-, Fühl-, Spür- & Handlungsmuster im interpers. Kontext
- Analyse der Verbindungen zwischen intra- & interpersonalen Dynamiken & ihre Entstehung
- Unterstützung & Ermutigung bei der bewussten Umgestaltung psychischer, interaktiver wie relationaler Bewegungsmuster & bei der Lebensverwirklichung

13. Therapieorientierte Literatur

Auswahl zu MODUL 1 & 2

- Berking, M. (2008). Training emotionaler Kompetenzen. TEK - Schritt für Schritt (plus Online-Materialien!). Heidelberg: Springer.
- Bohus, M. & Wolf, M. (2009). Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten (Manual & CD-ROM) Stuttgart: Schattauer.(siehe Bild, Folie 44)
- Dankwart, M. u.a. (2009). Keine Angst vor Gruppen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hirsch, M. (Hg.)(2008). Die Gruppe als Container. Göttingen: V&R.
- Linehan, M. (1996). Dialektisch-Behaviorale Therapie der BLS; plus Trainingsmanual. (2 Bde). München: CIP-Medien.
- McKay, J.C., u.a. (2007). Starke Emotionen meistern. Wege zu mehr Achtsamkeit, Stresstoleranz & einer besseren Beziehungsfähigkeit. Paderborn: Junfermann.
- Page, D. (2006). Bordeline: Retrouver son équilibre. Paris: O.Jacob.
- Sendera A. & M. (2007). Skills-Training bei Borderline & Posttraumatischer Belastungsstörung (mit CD-ROM). Wien: Springer.

Martin Bohus



Interaktives SkillsTraining für Borderline-Patienten

Manual zur CD-ROM für die therapeutische Arbeit



Inklusive CD-ROM



 Schattauer

Martin Bohus ■ Martina Wolf



Interaktives SkillsTraining für Borderline-Patienten

Die CD-ROM für Betroffene

 Schattauer



13. Therapieorientierte Literatur

Auswahl zu MODUL 3

- American Psychiatric Association (2005). Leitlinien zur Behandlung der BPS. Bern: Huber
- Allen, J. & Fonagy, P. (Hrsg.)(2009). Mentalisierungsgestützte Therapie (MBT-Handbuch). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2008). Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. (MBT-Behandl.) Gießen: Psychosozial-Verlag
- Bolm, T. (2009). Mental.-basierte Therapie (MBT). Köln: DÄV.
- Clarkin, Yeomans & Kernberg u.a. (2001). Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. (Psychodynamisches Manual) Stuttgart: Schattauer.
- Leichsenring, F. (2003). Boderline-Stile. Denken, Fühlen & Objektbeziehungen - eine ganzheitliche Sichtweise. Bern: Huber.
- Reinert, Th. (2004). Therapie an der Grenze: die Borderline-Persönlichkeit. Stuttgart: Pfeiffer/ Klett-Cotta. (= IP-Therapie)
- Roediger, E. (2009). Praxis der Schematherapie. Stgt: Schattauer.⁴⁹

Anmeldung für IPSM-bordie Ausbildung 2010

ipg@pt.lu oder ipgett@pt.lu oder Tel. 317252

- *Um eine fachgerechte, d.h. gesundheitsförderliche und kurative Arbeit sicherzustellen, dürfen diese Module nur von speziell darin ausgebildeten Fachleuten angeboten werden. Das 2. Modul bedarf zumindest einer verhaltenstherapeutischen Grundausbildung, das 3. Modul einer umfassenden psychodynamischen Therapieausbildung.*
- *Jeder IPSM-Gruppentherapie geht eine individuelle klinisch-psychologische und psychotherapeutische Diagnostik (5-8 Stdn) voraus, die den rezenten fachlichen Ansprüchen genügen muss. Die medizinische Diagnostik und die pharmakologische Behandlung liegen allein in den Händen des Facharztes.*

Bertrange, den 01. September 2009

*Dr. Lucien NICOLAY
Psychotherapeut (ECP/WCP)
Lehrtherapeut & Lehranalytiker
(LGIPA/IPG, WIRTH & IPIP, IAIP)*