

Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli"

Polo Universitario delle Professioni Sanitarie

Universitäres Ausbildungszentrum für Gesundheitsberufe

Claudiana

**LAUREATSSTUDIENGANG FÜR ERGOTHERAPIE
CORSO DI LAUREA IN TERAPIA OCCUPAZIONALE**

DIPLOMARBEIT

TESI DI LAUREA

Ergotherapeutische Interventionen bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen:
eine narrative Aufarbeitung der Literatur

Interventi di terapia occupazionale in persone con disturbo di personalità:
una revisione narrativa della letteratura

Erstbetreuerin / Relatrice:

Dott. Mag. Barbara Tosetto, T.O.

Zweitbetreuerin /Correlatrice:

MSc Tanja Summerer, T.O.

Verfasserin der Diplomarbeit/ Laureanda

Helene Gasser

Akademisches Jahr / Anno Accademico 2022/2023

Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli"

Polo Universitario delle Professioni Sanitarie

Universitäres Ausbildungszentrum für Gesundheitsberufe

Claudiana

**LAUREATSSTUDIENGANG FÜR ERGOTHERAPIE
CORSO DI LAUREA IN TERAPIA OCCUPAZIONALE**

DIPLOMARBEIT

TESI DI LAUREA

Ergotherapeutische Interventionen bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen:
eine narrative Aufarbeitung der Literatur

Interventi di terapia occupazionale in persone con disturbo di personalità:
una revisione narrativa della letteratura

Erstbetreuerin / Relatrice:

Dott. Mag. Barbara Tosetto, T.O.

Zweitbetreuerin /Correlatrice:

MSc Tanja Summerer, T.O.

Verfasserin der Diplomarbeit/ Laureanda

Helene Gasser

Akademisches Jahr / Anno Accademico 2022/2023

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen bedanken, die mich während des Schreibprozesses dieser Arbeit und während meiner ganzen Ausbildungszeit begleitet und unterstützt haben.

In erster Linie möchte ich mich bei meiner Erstbetreuerin Frau Barbara Tosetto und meiner Zweitbetreuerin Frau Tanja Summerer bedanken, die mir zu jeder Zeit mit Ratschlägen und hilfreichen Anregungen zur Seite standen. Ich bin dankbar für die konstruktive Kritik und die Unterstützung, die sie mir entgegengebracht haben.

Ein besonderer Dank gilt auch meiner Familie, die mich in den letzten drei Jahren unterstützt und mir den nötigen Rückhalt gegeben hat.

Abschließend möchte ich mich bei meinen Freunden bedanken, die stets verständnisvoll waren und mich motiviert haben. Vielen Dank!

Inhaltsverzeichnis

Abstract

Einleitung	1
Methode	3
1. Persönlichkeitsstörungen	4
1.1 Definition.....	4
1.2 Klassifikationssysteme und historische Typologie	4
1.3 Einteilung und Merkmale der verschiedenen Persönlichkeitsstörungen nach DSM-5.....	6
1.3.1 Cluster	6
1.3.2 Cluster A Persönlichkeitsstörungen	6
1.3.3 Cluster B Persönlichkeitsstörungen.....	7
1.3.4 Cluster C Persönlichkeitsstörungen	9
1.3.5 Andere Näher Bezeichnete Persönlichkeitsstörung.....	10
1.3.6 Nicht Näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung	10
1.4 Diagnose, Ätiologie, Prävalenz und Verlauf.....	12
1.4.1 Diagnose	12
1.4.2 Ätiologie und Risikofaktoren	12
1.4.3 Prävalenz	13
1.4.4 Verlauf und Prognose	16
2. Schwierigkeiten von Personen mit Persönlichkeitsstörungen	18
2.1 Lebensqualität	18
2.2 Alltag.....	19
2.3 Freundschaften und Beziehungen	20
2.4 Arbeit	22
2.5 Bewältigungsstrategien.....	24
3. Ergotherapeutische Interventionen bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen	27
3.1 Stigmatisierung	27
3.2 Ziele der Ergotherapie	27
3.3 Therapeutische Beziehung	28
3.3.1 Grundlagen der therapeutischen Beziehung	28

3.3.2 Therapeutische Beziehung mit Personen mit Persönlichkeitsstörungen	28
3.4 Einzel- und Gruppentherapie	29
3.5 Therapieprinzipien eingeteilt nach Cluster	30
3.5.1 Cluster A	30
3.5.2 Cluster B	31
3.5.3 Cluster C	32
3.6 Ergotherapeutische Interventionen	33
3.6.1 Stressbewältigung und Entspannung	33
3.6.2 Verbesserung sozialer Fähigkeiten	34
3.6.3 Alltagstraining	36
3.6.4 Klärung von Werten	37
3.6.5 Ausdruckszentrierte Aktivitäten	38
3.6.6 Arbeitstherapie	38
3.7 Therapieprogramm: Genusstraining	40
3.8 Therapieprogramm: The Journey Day Service	42
4. Schlussbetrachtung	45
4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	45
4.2 Schlussfolgerung für zukünftige Forschung	47
4.3 Implikationen für die Praxis	47

Literaturverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Tabellenverzeichnis

Abstract

Hintergrund: So verschieden die Charakteristika und Verhaltensmerkmale der einzelnen Persönlichkeitsstörungen auch sind, so haben doch alle Persönlichkeitsstörungen gemein, dass sie sich durch Beeinträchtigungen des Denkens, der Affektivität, der Impulskontrolle und der Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen auszeichnen. Diese Schwierigkeiten führen sowohl bei den Betroffenen als auch in ihrem Umfeld, zu Leid und Einschränkungen im Alltag. Ergotherapie, welche zum Ziel hat, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkten Personen bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen im Alltag zu stärken, kann dabei eine wichtige Rolle spielen.

Ziel: Ziel dieser Arbeit ist es zu ergründen, welche Alltagsschwierigkeiten Menschen aufgrund einer Persönlichkeitsstörung aufweisen können und welche Möglichkeiten der ergotherapeutischen Behandlung es gibt, um mit den Betroffenen an jenen Problemen zu arbeiten.

Methode: Anhand von Recherchen in den Datenbanken PubMed, Embase und CINAHL, sowie in Büchern und der Suchmaschine „Google“ wird Fachliteratur zu den Themen Alltagsschwierigkeiten und ergotherapeutische Interventionsmöglichkeiten für Personen mit Persönlichkeitsstörungen gesucht.

Ergebnisse: Die gefundenen Informationen zeigen, dass Personen mit Persönlichkeitsstörungen vor allem Schwierigkeiten in den Bereichen der sozialen Teilhabe, dem Umgang mit Stress und mit für sie unangenehmen Situationen aufweisen, sowie beim Finden und Aufrechterhalten einer bezahlten Arbeit. Um an jenen Alltagsproblemen zu arbeiten, erweisen sich verschiedene ergotherapeutische Behandlungsmethoden als nützlich. Diese beziehen sich vor allem auf die einzelnen, individuellen Schwierigkeiten der Betroffenen. Lediglich ein spezifisch für Personen mit Persönlichkeitsstörungen entwickeltes Therapieprogramm konnte gefunden werden.

Schlussfolgerung: Durch Ergotherapie konnten Verbesserungen bei der Bewältigung problematischer Alltagsaktivitäten nachgewiesen werden, was zu einer Steigerung der Lebensqualität führt. Durch Untersuchungen und Ausarbeitungen von ergotherapeutischen Behandlungsmethoden spezifisch für Persönlichkeitsstörungen könnte die Effektivität möglicherweise noch erhöht werden.

Keywords: occupational therapy, occupational therapists, personality disorders, occupational therapy interventions, occupations, activities of daily living,

Einleitung

Südtirol hat italienweit weitaus die höchste Anzahl an Personen, welche aufgrund psychischer Erkrankungen in Behandlung sind. Diese Tatsache zeigt die Wichtigkeit auf, sich näher mit den verschiedenen Erkrankungen im psychiatrischen Bereich zu befassen und die Möglichkeiten der ergotherapeutischen Interventionen genauer zu untersuchen. Aus persönlichen Gründen habe ich mich dafür entschieden, in dieser Arbeit näher auf Persönlichkeitsstörungen einzugehen und die Schwierigkeiten im Alltag bei der Durchführung von Betätigungen, sowie verschiedene Therapiemöglichkeiten für dieses Klientel zu ermitteln.

Je nach Art und Schweregrad der Persönlichkeitsstörungen sind die Symptome bzw. Persönlichkeitsmerkmale unterschiedlich ausgeprägt, jedoch zeigen sich bei allen Schwierigkeiten bei der Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen, sowie Beeinträchtigungen des Denkens, der Affektivität und der Impulskontrolle. Durch diese Probleme kann es bei den Betroffenen zu Leid und Einschränkungen in alltäglichen Situationen kommen, die nicht nur sie selbst, sondern auch ihr Umfeld betreffen.

Ziel dieser Arbeit ist es zu ergründen, welche Betätigungen im Alltag durch Persönlichkeitsstörungen beeinträchtigt sein können und welche Möglichkeiten Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen haben, mit den Betroffenen an ihren problematischen Betätigungen zu arbeiten und so auch ihr Umfeld zu entlasten.

Wichtig ist zu beachten, dass in dieser Arbeit nicht spezifisch auf die einzelnen Persönlichkeitsstörungen eingegangen wird, sondern ein genereller Überblick über ergotherapeutische Behandlungsmethoden für diese Störungsarten ermittelt werden.

Durch Recherchen in verschiedenen Datenbanken werden Informationen zu den Alltagschwierigkeiten und zu möglichen Interventionsmethoden gesammelt. In der daraus resultierenden Arbeit werden die Themen in vier Kapiteln aufgearbeitet. Zu Beginn wird beschrieben, wie Persönlichkeitsstörungen definiert und eingeteilt werden, anschließend welche Probleme bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen bei der

Durchführung von Alltagsbetätigungen auftreten können, dann worauf in der Therapie mit Personen mit Persönlichkeitsstörungen geachtet werden muss und welche Möglichkeiten der ergotherapeutischen Interventionen es für Personen mit Persönlichkeitsstörungen gibt um an den Alltagsproblemen zu arbeiten und abschließend die Schlussbetrachtung der gefundenen Ergebnisse.

Methode

Die Grundfrage, auf welche diese Arbeit aufgebaut ist, lautet: „In welchen Situationen und bei welchen Betätigungen des täglichen Lebens treten bei Personen mit einer Persönlichkeitsstörung Schwierigkeiten auf und welche Möglichkeiten der ergotherapeutischen Behandlung gibt es?“

Um diese Frage zu beantworten, wurde in den Datenbanken PubMed, CINAHL und Embase mit den Schlüsselwörtern „Occupational therapy“ und „personality disorder“ gesucht, um Fachliteratur dazu zu sammeln.

Diese Suche ergab 50 Treffer, wobei 24 aussortiert wurden da der vollständige Artikel nicht zugänglich war, es sich um keinen Fachartikel handelt oder sich der Artikel auf andere Berufsgruppen bezieht. Von den restlichen 26 wurden sieben Artikel für die Arbeit ausgewählt, der Rest wurde aufgrund nicht relevanter Inhalte ausgeschlossen.

Weitere relevante Artikel wurden durch Literaturverzeichnisse anderer Artikel gefunden, Bücher bzw. Buchkapitel vor allem durch Suche in der Suchmaschine „Google“ mit denselben Schlüsselwörtern.

1. Persönlichkeitsstörungen

1.1 Definition

Laut der fünften Ausgabe des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* handelt es sich bei Persönlichkeitsstörungen um ein „*überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht, tiefgreifend und unflexibel ist, seinen Beginn in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter hat, im Zeitverlauf stabil ist und zu Leiden und Beeinträchtigungen führt*“ (American Psychiatric Association, 2015).

Im Allgemeinen kann es bei Persönlichkeitsstörungen zu Beeinträchtigungen des Denkens, der Affektivität, der Impulskontrolle und der Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen kommen. Um eine Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren, müssen sich in mindestens zwei dieser Bereiche Verhaltensauffälligkeiten bemerkbar machen (American Psychiatric Association, 2015).

1.2 Klassifikationssysteme und historische Typologie

Die Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen hat sich mit der Zeit durch den Wandel der Gesellschaft und damit einhergehenden Veränderung der moralischen Wertvorstellung verändert. So wurden noch vor dem zweiten Weltkrieg „Kriegsdienstverweigerer“ oder „politisch Fanatische“ als Persönlichkeitsstörungen angesehen, welche heutzutage nicht mehr als pathologische gelten und demzufolge auch nicht mehr in den Klassifikationssystemen für Persönlichkeitsstörungen zu finden sind. (Bronisch, 2003).

Die beiden großen Klassifikationssysteme, welche aktuell in der klinischen Psychiatrie verwendet werden, sind die zehnte Version des „*International Classification of Diseases*“ (ICD-10) und die fünfte Auflage des „*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*“ (DSM-5) (Kubny, 2020). Während das ICD-10 jegliche Krankheiten und damit einhergehende gesundheitliche

Probleme beinhaltet, findet man im DSM-5 ausschließlich psychische Erkrankungen. Was die Persönlichkeitsstörungen betrifft, so unterscheiden sich die beiden Klassifikationssysteme darin, dass die Persönlichkeitsstörungen im DSM-5 lediglich als Persönlichkeitsstörungen, im ICD-10 hingegen als Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgelistet sind. Zudem werden im DSM-5 zehn Persönlichkeitsstörungen genannt, im ICD-10 lediglich acht, die beiden „fehlenden“ findet man in anderen Kategorien. Auch die Bezeichnungen der einzelnen Persönlichkeitsstörungen variieren je nach Klassifikationssystem, wie in Tabelle 1 zu sehen ist (Kubny & Konrad, 2020; Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2022; American Psychiatric Association, 2015).

Tabelle 1

Einteilung der Persönlichkeitsstörungen (PS) nach DSM-5 und ICD-10

DSM-5	ICD-10
Paranoide PS	F60.0 Paranoide PS
Schizoide PS	F60.1 Schizoide PS
Schizotype PS	
Antisoziale PS	F60.2 Dissoziale PS
Borderline PS	F60.3 Emotional instabile PS
	- F60.30 Impulsiver Typ
	- F60.31 Borderline Typ
Histrionische PS	F60.4 Histrionische PS
Narzisstische PS	
Vermeidend-selbstunsichere PS	F60.6 Ängstliche PS
Dependente PS	F60.7 Abhängige PS
Zwanghafte PS	F60.5 Anankastische PS
Andere Näher Bezeichnete PS	F60.8 sonstige spezifische PS
Nicht Näher bezeichnete PS	F60.9 PS, nicht näher bezeichnet

(Quelle: eigene Darstellung)

Um diese Arbeit einheitlich zu gestalten, werden die Bezeichnungen und Einteilungen des DSM-5 verwendet.

1.3 Einteilung und Merkmale der verschiedenen Persönlichkeitsstörungen nach DSM-5

1.3.1 Cluster

Die zehn Persönlichkeitsstörungen werden aufgrund ihrer Charakteristika in drei Unterkategorien, den Clustern A, B und C, eingeteilt. Die Persönlichkeitsstörungen, welche dem Cluster A zugeteilt sind, sind gekennzeichnet durch sonderbares oder exzentrisches Auftreten, dazu gehören die Paranoide, die Schizoide und die Schizotype Persönlichkeitsstörung. Hingegen legen Personen mit Persönlichkeitsstörungen, welche dem Cluster B angehören, häufig dramatisches, emotionales oder launisches Verhalten an den Tag. Zum Cluster B gehören die Borderline-, die Narzisstische, die Antisoziale und die Histrionische Persönlichkeitsstörung. Personen mit einer Vermeidenden, Selbstunsicheren, Dependenten oder Zwanghaften Persönlichkeitsstörung, welche allesamt dem Cluster C angehören, wirken oft ängstlich oder furchtsam (American Psychiatric Association, 2015).

1.3.2 Cluster A Persönlichkeitsstörungen

Paranoide Persönlichkeitsstörung

Die Paranoide Persönlichkeitsstörung beginnt im frühen Erwachsenenalter und zeichnet sich vor allem durch tiefgreifendes Misstrauen und Argwohn gegenüber anderen Personen aus, welche von ihnen als boshaft angesehen werden. Betroffenen Personen haben den Verdacht, von anderen ausgenutzt oder betrogen zu werden, sie hegen Zweifel an der Loyalität von Partnern und Freunden und haben Schwierigkeiten, enge Bindungen aufzubauen und Informationen weiterzugeben, mit dem Verdacht, diese könnten zum Zweck der Schädigung weitergegeben werden. Bemerkungen und Vorkommnisse

werden negativ interpretiert oder als bedrohlich angesehen. Ein möglichen Eigenschaften ist auch pathologische Eifersucht, sie reagieren wütend auf empfundene Verletzungen, wobei diese Verhaltensweisen trotz nicht vorhandener Beweise auftreten (American Psychiatric Association, 2015).

Schizoide Persönlichkeitsstörung

Personen mit einer schizoiden Persönlichkeitsstörung zeichnen sich vor allem durch verringerten Ausdruck an Gefühlen und dem fehlenden Interesse an sozialen Beziehungen aus. Sie erscheinen anderen gegenüber gleichgültig, bevorzugen Einzelunternehmungen, sie haben meist keine engen Freunde. Sie zeigen einen abgeflachten Affekt, Gefühlsausbrüche jeder Art kommen äußerst selten vor und sie können Schwierigkeiten bei der Wahrnehmung von Feinheiten sozialer Interaktionen aufweisen und reagieren häufig unangemessen (American Psychiatric Association, 2015).

Schizotype Persönlichkeitsstörung

Personen mit dieser Störung sind sowohl gekennzeichnet durch mangelnde Beziehungsfähigkeit als auch eigentümliches Verhalten mit Verzerrung der Wahrnehmung und des Denkens. Sie können in dem Glauben leben, besondere Gaben zu besitzen und überzeugt von Aberglauben und paranormalen Phänomenen sein. Personen mit einer schizotypen Persönlichkeitsstörung haben Schwierigkeiten mit sozialen Beziehungen und können zwischenmenschliche Kontakte als unangenehm empfinden, häufig verhalten sie sich misstrauisch oder auch ängstlich anderen gegenüber (American Psychiatric Association, 2015).

1.3.3 Cluster B Persönlichkeitsstörungen

Antisoziale Persönlichkeitsstörung

Die antisoziale Persönlichkeitsstörung ist gekennzeichnet durch die Verletzung und Missachtung der Grundrechte anderer Menschen bzw. gesellschaftlicher Normen und Regeln. Personen mit dieser Störung neigen zu impulsivem Verhalten, verantwortungslosem Handeln und täuschen und manipulieren zum eigenen Vorteil, dabei weisen sie gleichzeitig einen Mangel

an Empathie und übersteigter Selbsteinschätzung auf. Die Verhaltensweisen der antisozialen Persönlichkeitsstörung lassen sich in vier Kategorien unterteilen: Zerstörung fremden Eigentums, Aggression gegen Tiere und Menschen, Betrug und Diebstahl oder schwerwiegende Gesetzesübertretungen (American Psychiatric Association, 2015).

Borderline- Persönlichkeitsstörung

Personen mit einer Borderline- Persönlichkeitsstörung weisen Unsicherheiten in zwischenmenschlichen Beziehungen auf, sowie Impulsivität und Instabilität in ihrem Selbstbild und in den Affekten. Vor allem durch Trennung und Verlust kommt es bei den betroffenen Personen zu Veränderungen des Denkens und des Verhaltens und sie reagieren häufig mit einer unangemessenen Wut bzw. weisen Schwierigkeiten auf, diese zu kontrollieren. Auch selbstverletzendes und suizidales Verhalten kommen häufig bei den betroffenen Personen vor. Ihre Beziehungen sind meist intensiv, aber auch instabil, sie neigen dazu ihre Partner zu idealisieren, jedoch kann dies schnell ins Gegenteil umschlagen, sobald sie sich vernachlässigt fühlen (American Psychiatric Association, 2015).

Histrionische Persönlichkeitsstörung

Die Hauptsymptomatik von Personen mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung sind eine übertriebene, tiefgreifende Emotionalität und das starke Verlangen nach Aufmerksamkeit. Sie sind häufig lebhaft und dramatisch und versuchen alles, um im Mittelpunkt zu stehen, was sie durch das Erfinden von Geschichten oder durch das Einsetzen ihrer körperlichen Erscheinung zu erreichen versuchen. Ihre Gefühle und ihr Standpunkt können leicht von anderen beeinflusst werden und sie nehmen zwischenmenschliche Beziehungen häufig enger wahr, als sie in Wirklichkeit sind (American Psychiatric Association, 2015).

Narzisstische Persönlichkeitsstörung

Personen mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung sind gekennzeichnet durch Überschätzung ihrer eigenen Fähigkeit, dem Bedürfnis nach Bewunderung und dem Mangel an Einfühlungsvermögen. Sie glauben,

dass sie anderen gegenüber überlegen und besonders sind und nehmen an, dass sich die anderen nur um ihr Wohl sorgen. Sie regieren ungeduldig und verächtlich auf die Probleme anderer und gönnen auch keinen Erfolg, sie wirken emotional kalt und sind nur auf sich bedacht. Betroffene Personen überschätzen ihre Leistung und werten gleichzeitig die Leistungen anderer herab (American Psychiatric Association, 2015).

1.3.4 Cluster C Persönlichkeitsstörungen

Vermeidend- Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung

Personen mit dieser Persönlichkeitsstörung weisen soziale Gehemmtheit, Überempfindlichkeit gegenüber negativer Kritik und das Gefühl auf, nicht gut genug zu sein. Betroffenen Personen leiden an Angst vor Kritik, Zurückweisung und Missbilligung, was sich auf verschiedene soziale Situationen, wie Arbeit oder neue Freundschaften, auswirkt. Grundsätzlich gehen sie davon aus, dass andere Personen ihnen gegenüber ablehnend und kritisch eingestellt sind, Zweifel sind dabei gegen sich selbst gerichtet. Aus diesen Gründen neigen die betroffenen Personen, sich schüchtern, still und „unsichtbar“ zu verhalten. Sie haben das Verlangen nach einer aktiven Teilhabe an der Gesellschaft, haben gleichzeitig aber auch Angst davor (American Psychiatric Association, 2015).

Dependente Persönlichkeitsstörung

Die betroffenen Personen einer dependenten Persönlichkeitsstörung verhalten sich unterwürfig und klammernd und leiden an Trennungsängsten. Sie sehnen sich nach Fürsorge und sind der Meinung, zum Leben die Hilfe anderer zu benötigen. Selbstständig Entscheidungen zu treffen ist für sie problematisch, sie benötigen immer wieder Rat und Bestätigung von anderen. Die Personen wirken passiv, sie sind abhängig von Menschen in ihrem Leben die Entscheidungen für sie treffen, denn sie sind der Meinung, allein nicht lebensfähig zu sein. Sie leben in ständiger Angst, die Personen, von denen sie abhängig sind, durch ihr Verhalten zu verlieren und passen sich deshalb an (American Psychiatric Association, 2015).

Zwanghafte Persönlichkeitsstörungen

Eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung zeichnet sich durch eine starke Fixierung auf Ordnung und Perfektion aus, sowie der Kontrolle im psychischen und zwischenmenschlichen Bereich. Dabei werden Flexibilität und Effizienz vernachlässigt. Durch das starke Kontrollbedürfnis, welches sich durch Einsatz von Listen und Skalen, übertriebene Beachtung von Regeln oder auch durch Fixierung auf nebensächliche Details zeigt, verliert er den Grund und das Ziel der Aktivitäten aus den Augen. Die hohen selbstaufgelegten Leistungsmaßstäbe gemeinsam mit dem Perfektionismus führen zu Leid und Funktionsbeeinträchtigungen. Freizeit und Freundschaften werden vernachlässigt. Sie sind gewissenhaft und selbstkritisch und haben Schwierigkeit mit anderen zusammenzuarbeiten, da es ihnen keiner recht machen kann (American Psychiatric Association, 2015).

1.3.5 Andere Näher Bezeichnete Persönlichkeitsstörung

Hierbei liegen charakteristische Symptome für eine Persönlichkeitsstörung vor, die zu Leiden und Beeinträchtigungen im Alltag führen, jedoch sind die Kriterien für spezifische Persönlichkeitsstörungen nicht vollständig erfüllt. Die Bezeichnung wird vergeben, wenn der Grund angegeben werden soll, warum diese Kriterien nicht erfüllt sind (American Psychiatric Association, 2015).

1.3.6 Nicht Näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung

Die charakteristischen Symptome für eine Persönlichkeitsstörung sind vorhanden, die zu einem Leiden und Beeinträchtigung im Alltag führen, die Kriterien für eine spezifische Persönlichkeitsstörung sind aber nicht erfüllt. Diese Bezeichnung wird vergeben, wenn der Grund für das nicht erfüllen der Kriterien nicht genannt werden soll oder auch wenn nicht genügen Informationen für eine genaue Diagnose vorliegen (American Psychiatric Association, 2015).

Tabelle 2*Übersicht über die Persönlichkeitsstörungen (PS) nach DSM-5*

Cluster	Diagnose	Charakteristika
A sonderbar, seltsam, exzentrisch	Paranoide PS	Misstrauen und Argwohn, Interpretation der Motive anderer Personen als böswillig
	Schizoide PS	Abgeflachter Affekt, kein Interesse an sozialen Beziehungen, unangemessene Reaktionen
	Schizotype PS	Eigentümliches Verhalten, Verzerrung der Wahrnehmung und des Denkens, mangelnde Beziehungsfähigkeit
B dramatisch emotional launisch	Antisoziale PS	Verletzung und Missachtung der Rechte anderer, impulsives und verantwortungsloses Handeln, Mangel an Empathie
	Borderline PS	Instabilität zwischenmenschlicher Beziehungen, des Selbstbildes und der Affekte, Impulsivität, selbstverletzendes und suizidales Verhalten
	Histrionische PS	Übertriebene und tiefgreifende Emotionalität, Verlangen nach Aufmerksamkeit, lebhaftes und dramatisches Verhalten
	Narzisstische PS	Überschätzung der eigenen Fähigkeiten, Bedürfnis nach Bewunderung, mangelnde Empathie, Überlegenheitsgefühl
C ängstlich unsicher	Vermeidend-Selbstunsichere PS	Soziale Gehemmtheit, Überempfindlichkeit gegenüber Kritik, Gefühl der Unzulänglichkeit
	Dependente PS	Unterwürfiges und klammerndes Verhalten, Trennungsängste, starkes Bedürfnis umsorgt zu werden
	Zwanghafte PS	Fixierung auf Ordnung und Perfektion, Kontrolle in allen Bereichen

(Quelle: eigene Darstellung)

1.4 Diagnose, Ätiologie, Prävalenz und Verlauf

1.4.1 Diagnose

Um die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung stellen zu können, müssen die spezifischen Persönlichkeitszüge seit dem frühen Erwachsenenalter auftreten und die Verhaltensmuster immer wiederkehren bzw. lange andauern. Eine Beurteilung der Stabilität der Persönlichkeitszüge über die Zeit hinweg und in verschiedenen Situationen ist nötig, um vorübergehende psychische Zustände auszuschließen. Eine der größten Schwierigkeiten ist dabei, dass die Betroffenen selbst die aufgezeigten Merkmale nicht für problematisch erachten, weshalb die Aussagen von Angehörigen und Freunden besonders wichtig sind (American Psychiatric Association, 2015; Bronisch, 2003). Schwierigkeiten bei der Diagnose treten auch dadurch auf, dass Persönlichkeitsstörungen eine hohe Komorbidität sowohl mit anderen Persönlichkeitsstörungen als auch mit anderen Krankheiten aufweisen (Volkert et al., 2018). Besonders wenn die Merkmale anderer psychischer Erkrankungen jene der Persönlichkeitsstörung übertreffen und das klinische Bild dominieren erschwert dies das Stellen der richtigen Diagnose (Tyrer et al., 2015).

1.4.2 Ätiologie und Risikofaktoren

Persönlichkeitsmerkmale, die eine Persönlichkeitsstörung charakterisieren, können auf genetischer Basis beruhen. Durch Zwillingsstudien mit monozygoten Zwillingspaaren ließ sich die genetische Bedeutung bei Persönlichkeitsstörungen aufzeigen, vor allem bei Persönlichkeitsmerkmalen wie Gefühllosigkeit, Identitätsproblemen oder jugendlichem antisozialen Verhalten, jedoch weniger bei selbstverletzendem Verhalten und rigidem Denken. Soziale und psychische Einflüsse können dazu führen, dass sich aus diesen Persönlichkeitsmerkmalen schlussendlich eine Persönlichkeitsstörung entwickelt (Herpertz, 2003). Grundsätzlich ist jedoch zu sagen, dass die Ätiologie von Persönlichkeitsstörungen multifaktoriell und komplex ist und

noch nicht mit völliger Sicherheit erklärt werden kann. Mit einem gewissen Grad an Sicherheit kann jedoch gesagt werden, dass neben der genetischen Veranlagung auch traumatische Ereignisse, die Familienkonstellation, Bindungserfahrungen und soziokulturelle und politische Kräfte eine entscheidende Rolle spielen (Magnavita, 2004).

1.4.3 Prävalenz

Die Antwort auf die Frage der Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen ist nicht eindeutig. Werden alle zu diesem Thema gefundenen Studien berücksichtigt, liegt die Prävalenz für die Gesamtheit der Persönlichkeitsstörungen bei der erwachsenen Bevölkerung in den westlichen Ländern bei 12,16 %, wobei Persönlichkeitsstörungen aus dem Cluster A die höchste Prävalenz aufweisen, gefolgt von Persönlichkeitsstörungen des Clusters C und B. Wurden bei den Untersuchungen Fragebögen zur Selbsteinschätzung nach DSM-4 und ICD-10 verwendet, ist die Prävalenz deutlich höher, werden nur die Messungen, welche von Experten durchgeführt wurden berücksichtigt, liegt die allgemeine Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei unter 7,74% (Volkert et al., 2018). Zudem konnte nachgewiesen werden, dass Persönlichkeitsstörungen häufiger bei in der Stadt leben Personen auftreten und weniger bei der ländlichen Population, dass die Prävalenz in Amerika höher ist als in Europa und ethnische Minderheiten häufiger Fälle aufweisen. Bei stationär und ambulant behandelten psychiatrischen Patienten erfüllen 39,5% die Kriterien mindestens einer Persönlichkeitsstörung, bei forensisch-psychiatrischen Patienten liegt die Prävalenzrate bei 80% (Herperzt, Saß, 2003; Tyrer et al., 2015). Grundsätzlich muss auch beachtet werden, dass viele Personen mit einer diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen nur einmal oder wenige Male psychiatrisch behandelt werden und ansonsten ihr Leben verbringen, ohne als psychisch Kranke aufzufallen (Kubny & Konrad, 2020).

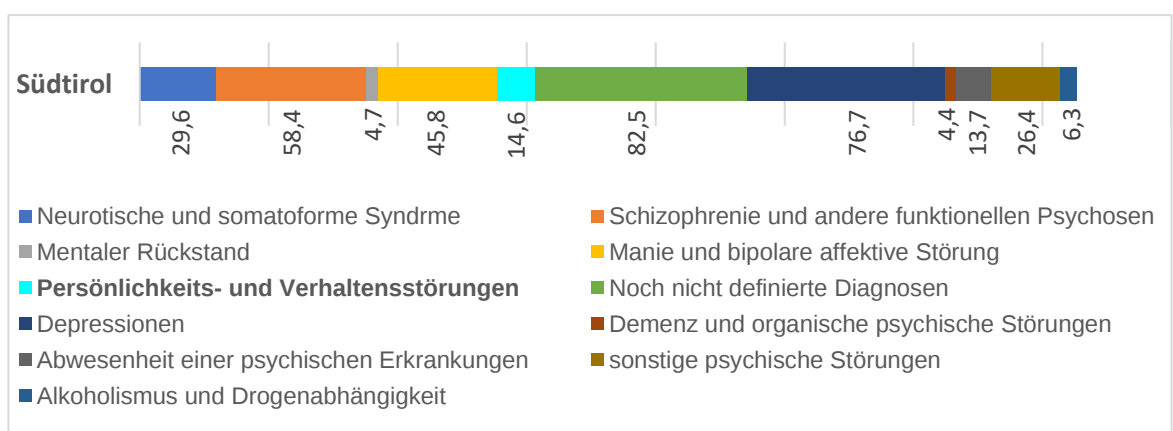
1.4.3.1 Prävalenz in Italien und Südtirol

Laut dem Bericht über die psychische Gesundheit des italienischen Gesundheitsministeriums aus dem Jahr 2021 hat Südtirol die höchste Anzahl an behandelten Patienten mit mentalen Erkrankungen italienweit, der Anteil an Personen mit Persönlichkeitsstörungen liegt jedoch lediglich leicht über dem italienischen Durchschnitt. Die Prävalenz von Personen mit Persönlichkeitsstörungen liegt in Italien bei 12,6 pro 10 000 Einwohner (Männer 13 und Frauen 12,2), in Südtirol hingegen bei 14,6 pro 10 000 Einwohnern (14,1 Männer und 15,2 Frauen) (Ministero della Salute, 2022).

In den aufgeführten Diagrammen (Abbildung 1, 2 und 3) werden der Anteil der behandelten Personen mit Persönlichkeitsstörungen im Verhältnis zu anderen mentalen Erkrankungen und die Prävalenz von Personen mit Persönlichkeitsstörungen in den verschiedenen Regionen Italiens dargestellt. Die Daten gehen aus dem Bericht zur psychischen Gesundheit des italienischen Gesundheitsministeriums aus dem Jahr 2021 hervor. Kalabrien hat keine Daten diesbezüglich abgegeben, wird aber vollständigshalber aufgelistet.

Abbildung 1

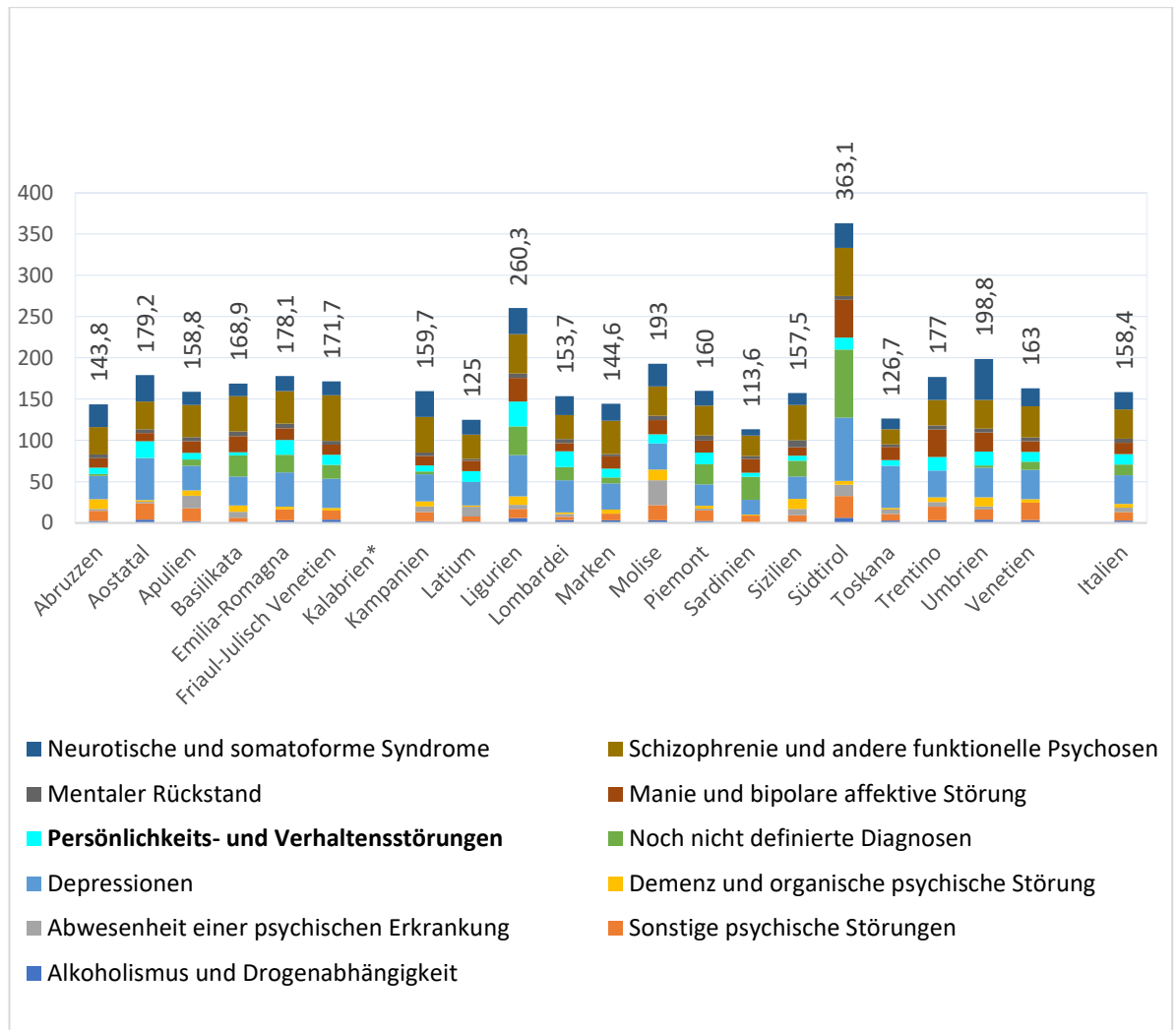
Prävalenz der behandelten Patienten in Südtirol eingeteilt in die Diagnosegruppen - Rate pro 10.000 Einwohner



(Quelle: In Anlehnung an Ministero della Salute, 2022, S. 55)

Abbildung 2

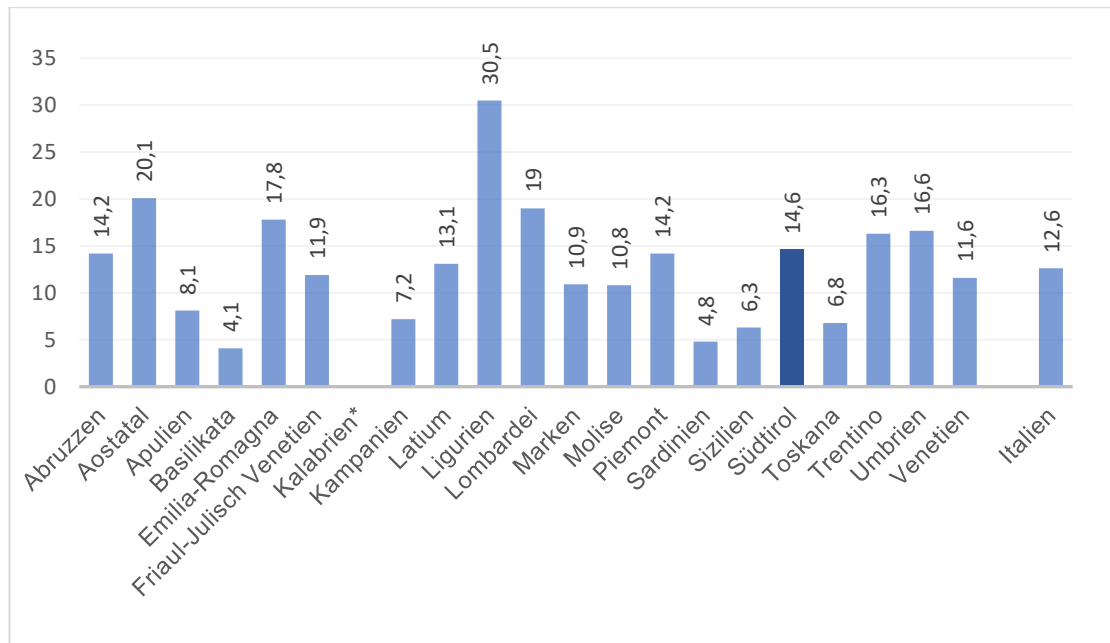
Prävalenz der behandelten Patienten in Italien eingeteilt in die Diagnosegruppen - Rate pro 10.000 Einwohner



(Quelle: In Anlehnung an Ministero della Salute, 2022, S. 55)

Abbildung 3

Prävalenz der behandelten Patienten mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen in Italien - Raten pro 10 000 Einwohner



(Quelle: In Anlehnung an Ministero della Salute, 2022, S.57)

1.4.4 Verlauf und Prognose

Persönlichkeitsstörungen beginnen im frühen Erwachsenenalter und überdauern den Lebenszyklus. Dabei sind die Persönlichkeitszüge aber keineswegs rigide, besonders solche Persönlichkeitsmerkmale, die die soziale Funktionsfähigkeit beeinträchtigen wie Impulsivität oder dissoziales Verhalten, können mit dem Alter abgeschwächt werden. Jedoch gibt es auch Persönlichkeitsmerkmale, die sich mit dem Alter zuspitzen wie Eigensinn und Rigidität. Die verstärkte Ausbildung der Persönlichkeitszüge hängt zudem mit den verschiedenen Situationen in den Lebensabschnitten zusammen, wie die Notwendigkeit wichtiger Entscheidungen und das Selbstbewusstsein in jungen Jahren oder den nachlassenden Fähigkeiten im Alter. Die Prognose von Persönlichkeitsstörungen ist stark abhängig vom Typus der Persönlichkeitsstörung, deren Schwere und der Komorbidität mit anderen psychiatrischen Störungen. Besonders das erhöhte Suizidrisiko ist dabei

ausschlaggebend, welches bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen dreimal so hoch ist wie bei der restlichen Bevölkerung. Im Allgemeinen kann nachgewiesen werden, dass die Einsicht, selbst an den zwischenmenschlichen Schwierigkeiten beteiligt zu sein, sowie Motivation, Flexibilität und das Vertrauen in Andere die Prognose begünstigen (Herperzt, Saß, 2003).

2. Schwierigkeiten von Personen mit Persönlichkeitsstörungen

2.1 Lebensqualität

Die Lebensqualität wird von der World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-Group (1995) definierte als: *„die Wahrnehmung der Lebenssituation des Einzelnen im Kontext der Kultur und der Wertesysteme, in denen er lebt, und in Bezug auf seine Ziele, Erwartungen, Normen und Anliegen. Es handelt sich um ein weit gefasstes Konzept, das in komplexer Weise die körperliche Gesundheit, den psychischen Zustand, den Grad der Unabhängigkeit, die sozialen Beziehungen, die persönlichen Überzeugungen und die Beziehungen zu den wichtigsten Merkmalen der Umwelt einbezieht“*. Sie wird häufig als Ergebnismaß verwendet und gibt Aufschluss über den Gesundheitszustand, das Wohlbefinden und die Funktionsfähigkeit von Personen. Durch Selbstbeurteilungsbögen wie zum Beispiel dem WHOQOL-100 können die Veränderungen der Lebensqualität und so auch die Effektivität von Interventionen gemessen werden. Zu beachten ist, dass die Lebensqualität subjektiv empfunden wird und sich somit über die Diagnose- und Behinderungsgruppen hinwegsetzt (Liddle & McKenna, 2000, World Health Organisation, 2012). Bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen kommt es vor allem zu Einbußen der Lebensqualität aufgrund ihrer durch die Persönlichkeitsstörung bedingter Alltagsschwierigkeiten, welche sie in der Umsetzung für sie bedeutender Betätigungen beeinträchtigen. Dies führt dazu, dass sie wenig Zufriedenheit in den Betätigungen finden, die sie ausführen bzw. ausführen müssen (Potvin et al., 2019). Studien zeigen auf, dass Personen mit einer Borderline-, narzisstischen, schizotypen, paranoiden oder vermeidenden Persönlichkeitsstörung die größten Einbußen der Lebensqualität aufweisen. Diese ist dabei abhängig von der Möglichkeit der Selbstverwirklichung, Kontakt und Unterstützung von Freunden und Familie und die Abwesenheit negativer Lebensereignisse (Larivière et al., 2010).

Wie die Literatur darlegt, habe sowohl die Verbesserung der sozialen Teilhabe als auch die Durchführung bedeutender Betätigungen einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität und damit auch auf die Entwicklung der eigenen Identität (Potvin et al., 2019; Larivière et al., 2010). Ein wichtiger Faktor für eine bessere Lebensqualität, sowie für weniger Stress, besseres Wohlbefinden und besseres Gesundheitsempfinden ist die „Lifebalance“. Dabei versteht man in der Ergotherapie das individuelle Empfinden einer angemessenen Menge und die richtige Kombination von Betätigungen. Eine Studie dazu zeigt signifikante Unterschiede in der objektiven Zeitnutzung und der subjektiven „Lifebalance“, im Verhältnis zu Frauen ohne psychische Erkrankung fühlen sich Frauen mit Persönlichkeitsstörungen wesentlich unausgeglichener in der Zeit, die sie für Alltagsaktivitäten aufwenden. Sie selbst haben das Gefühl, kaum in der Lage zu sein ihre Arbeit und Tägliche Aufgaben zu erfüllen und sind häufig gestresst und stufen ihre Lebensqualität als geringer ein. (Larivière et. al., 2016).

2.2 Alltag

Personen mit Persönlichkeitsstörungen haben das Gefühl, weniger in der Lage zu sein ihre Arbeit und täglichen Aufgaben zu erfüllen als Personen ohne psychische Erkrankung und sie zeigen wenig Interesse an ihren alltäglichen Aufgaben, obwohl sie diese doch als wichtig einstufen (Larivière et. al., 2016). Bei Personen mit einer Persönlichkeitsstörung aus dem Cluster B konnten große Schwierigkeiten bei den produktiven Aktivitäten wie Arbeit oder Schule festgestellt werden, wohingegen im Bereich Selbstversorgung am wenigsten Einschränkungen auftreten. Genauer zeigen die Untersuchungen, dass große Einschränkungen in den Lebensbereichen beim Nachgehen einer bezahlten Arbeit, sich körperlich betätigen, eine enge Beziehung zu einem Partner pflegen, wichtige Aufgaben im Haushalt erledigen, die Kommunikation und die Teilhabe an Gruppen, als auch Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten auftreten. Die betroffenen Personen sind vor allem unzufrieden mit ihren körperlichen und entspannenden Aktivitäten und ihrem Schlaf (Larivière et al., 2010). Eine Studie zeigt auf, dass auch mehrfache Krankenhausaufenthalte

negative Auswirkungen auf das häusliche Umfeld und auf die Fähigkeit, einen geregelten Tagesablauf aufrechtzuerhalten, haben können. Personen mit Persönlichkeitsstörungen berichten, dass es nach Langzeitaufenthalten besonders schwierig ist, anschließend wieder selbstständig zu leben, vor allem Mahlzeiten zu planen und zuzubereiten, nachdem dies längere Zeit nicht nötig war. Weitere Probleme, welche angesprochen wurden, sind sich selbst zu erinnern, regelmäßig die Medikamente einzunehmen und auch bei anderen Alltagstätigkeiten wieder eine Routine zu entwickeln und sie wünschen sich, mehr Unterstützung in diesen Bereichen auch nach der Entlassung aus dem Krankenhaus (Birken, Harper, 2017).

Grundsätzlich kann gesagt werden, dass weniger die Ausführung als die Organisation der täglichen Aktivitäten das Problem ist. Betroffene Personen gaben an, dass es von ihrem Befinden abhängen würde, ob sie es schaffen, gemachte Pläne umzusetzen oder nicht und zudem können durch Schwierigkeiten aufgrund Zeit- und Energie-Management Druck und Stress erhöht werden (Falklof & Haglund, 2010; Larivière et. al., 2016). Personen mit Persönlichkeitsstörungen empfinden häufig Unzufriedenheit und auch Scham, aufgrund der Art, wie sie ihren Tag gestalten (Falklof & Haglund, 2010).

2.3 Freundschaften und Beziehungen

So unterschiedlich die verschiedenen Persönlichkeitsstörungen auch sind, ist ein gemeinsames Merkmal aller die Schwierigkeit, welche die soziale Teilhabe betrifft. (Larivière et al., 2010). Die Persönlichkeitsstörung kann sich vor allem in einem Gefühl der Unsicherheit über die eigene Fähigkeit äußern, enge langfristige Beziehungen einzugehen, zu pflegen und aufrechtzuerhalten (King & Terrance, 2006). Auch wenn für viele Personen mit Persönlichkeitsstörungen gute Beziehung sehr wichtig sind, beschreiben sie es doch als für sie sehr schwierig, denn das Bedürfnis nach mehr Kontakt ist vorhanden, die Umsetzung aber problematisch. Laut ihnen führen Beziehungen zu Problemen und Konflikten, zudem sind die Betroffenen sehr unsicher, was andere über sie denken (Falklof & Haglund, 2010).

Die verschiedenen Charakteristika der Persönlichkeitsstörungen haben unterschiedliche Auswirkungen auf Beziehungen und Freundschaften. Freunde als unsicher und nicht vertrauenswürdig wahrzunehmen und die Interaktionen mit ihnen als unangenehm zu empfinden sind Tendenzen, die mit passiv-aggressiven, vermeidenden, schizoiden, antisozialen und Borderline-Zügen in Verbindung gebracht werden. Die größten Probleme entstehen dadurch, dass die Betroffenen bedrohliche Bedeutungen in harmlose Ereignisse hineininterpretieren, Demütigungen und Enttäuschungen von ihren Freunden erwarten oder auch das Gefühl haben, nicht verstanden und gewürdigt zu werden und deshalb Groll hegen. Auch Persönlichkeitszüge wie Arroganz und Egozentrismus sind problematisch und können zu Beziehungskonflikten führen. Wichtig zu beachten ist, dass schwache und unter Druck stehenden Beziehungen Merkmale der Persönlichkeitsstörung noch verstärken können. Persönlichkeitsstörungen, welche nicht die genannten Persönlichkeitszüge aufweisen, haben weniger Einschränkungen, was Freundschaften betreffen, bei Personen mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung konnten zudem, im Verhältnis zu den anderen Persönlichkeitsstörungen, die engsten und stabilsten Freundschaften nachgewiesen werden (King & Terrance, 2006). Auch vermehrte und lange Krankenhausaufenthalte und darauffolgenden Verhaltensweisen können zum Verlust von Freundschaften führen. Die Probanden jener Studie geben zu, dass sie sich selbst die ersten Monate nach der Entlassung sozial isolieren und nicht an Aktivitäten außerhalb ihres Zuhauses teilnehmen. Einigen fehlte die Motivation, andere haben sich bewusst dagegen entschieden, Zeit mit Freunden zu verbringen, vor allem aufgrund mangelnden Selbstbewusstseins, Selbstzweifel und Schamgefühl (Birken & Harper, 2017).

Neben Freundschaften sind auch enge Beziehungen zu einem Partner für Personen mit Persönlichkeitsstörungen schwierig (Larivière et al., 2010). Bei einem Vergleich von Frauen mit Persönlichkeitsstörungen und Frauen ohne psychische Erkrankung war auffällig, dass Frauen mit Persönlichkeitsstörungen seltener verheiratet oder in einer Beziehung sind als Frauen ohne (Larivière et. al., 2016).

Grundsätzlich gibt es keine relevanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen mit Persönlichkeitsstörungen die Beziehungen und Freundschaften betreffen, jedoch bezeichnen Frauen ihre Freundschaften als stärker und weniger schwierig zu erhalten als Männer (King & Terrance, 2006).

2.4 Arbeit

Persönlichkeitsstörungen beginnen im frühen Erwachsenenalter, eine Zeit, in der Personen vor allem mit Betätigungen wie Schule oder Arbeit beschäftigt sind, welche jedoch durch ihre negativen Verhaltensweisen beeinträchtigt werden können. (Larivière et al., 2010). Verschiedene Studien zeigen auf, dass das Vorhandensein von Persönlichkeitsstörungen negative Auswirkungen auf die Arbeitsleistung hat (McGurk et. al. 2013; Sansone & Sansone, 2010; Thompson et. al., 2011). Problematisch ist dabei vor allem, dass die Persönlichkeitsmerkmale nicht nur vorübergehend, sondern langandauernd und maladaptiv sind (Thompson et. al., 2011). Die Schwierigkeiten, welche auftreten können, sind abhängig von der Art der Persönlichkeitsstörung, dem Grad der Unangepasstheit, dem Schweregrad der Symptome und der sozialen Störung (Sansone & Sansone, 2010). Personen mit Persönlichkeitsstörungen haben im Allgemeinen einen niedrigeren Grad an Bildung als Personen ohne Persönlichkeitsstörungen (Larivière et. al., 2016; Hengartner et. al. 2013), dies betrifft vor allem Persönlichkeitsstörungen aus den Clustern A und B (Hengartner et. al. 2013). Zudem zeigen Untersuchungen auf, dass Betroffene im Gegensatz zu Personen ohne psychische Erkrankungen, einen größeren Anteil an Teilzeitarbeitern und Arbeitslosen aufweisen (Larivière et. al., 2016; McGurk et. al. 2013).

Laut Sanson und Sanson (2010) sind vor allem die großen zwischenmenschlichen Schwierigkeiten, das erhöhte Stressempfinden und die Beeinträchtigung der Rollenfunktion und das Erleben von Arbeitsunfähigkeit Probleme, mit welchen sich Personen mit Persönlichkeitsstörungen auseinandersetzen.

Gründe für die beeinträchtigte Arbeitsfunktionalität können verschiedene sein. Dazu gehört zum Beispiel auch die Unbeständigkeit der Persönlichkeit, welche stark von der emotionalen Ausprägung abhängig ist. Besonders die Persönlichkeitsstörungen vom Cluster B mit ihrem dramatischen und emotionalen Verhalten weisen die größten Schwierigkeiten im sozialen Funktionieren auf, welches für die erfolgreiche Bewältigung des Arbeitsalltages notwendig sind. Ein weiterer Punkt ist der Neurotizismus, darunter versteht man die Tendenz, unangenehme Emotionen zu erleben (z.B. Wut, Angst, Depression oder Verletzlichkeit). Hohe Werte von Neurotizismus stehen im Zusammenhang mit einer späteren Beeinträchtigung der Arbeitsleistung, unabhängig von der psychiatrischen Diagnose. Da Neurotizismus jedoch eine den meisten Persönlichkeitsstörungen zugrundeliegende Eigenschaft ist, kann auch diese als wichtiger Faktor für die Arbeitsbeeinträchtigung angesehen werden. Ein weiterer Faktor ist die soziale Dysfunktion. Persönlichkeitsstörungen sind je nach Schweregrad von Person zu Person verschieden, demnach auch ihre Auswirkungen wie z.B. soziale Funktionsstörungen. Studien zeigen eine deutliche Verbindung zwischen sozialen Funktionsstörungen und Persönlichkeitsstörungen, in größerem Maße als andere Psychopathologien (Sansone & Sansone, 2010). Die geringsten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit betreffend können bei der zwanghaften Persönlichkeitsstörung nachgewiesen werden, wohingegen Borderline- Persönlichkeitsstörung und schizotype Persönlichkeitsstörung die größten Einbußen zu verzeichnen haben. Im Allgemeinen kann gesagt werden, dass die größten Schwierigkeiten Cluster A und B Persönlichkeitsstörungen aufweisen. Diese werden mit einem geringen Bildungslevel und auch mit Konflikten am Arbeitsplatz, Degradierung oder Entlassung und Arbeitslosigkeit in Verbindung gebracht, Cluster C Persönlichkeitsstörungen konnten hauptsächlich Konflikte am Arbeitsplatz und Degradierung oder Entlassungen nachgewiesen werden (Hengartner et. al. 2013).

Untersuchungen zeigen, dass Personen mit einer schizotypen Persönlichkeitsstörung häufiger Arbeiten nachgehen, die wenig sozialen

Kontakt beinhalten, und wie auch Personen mit einer paranoiden Persönlichkeitsstörung meist Aufgaben haben, die niedrige kognitive Anforderungen aufweisen (McGurk et. al. 2013). Personen mit einer Borderline- Persönlichkeitsstörung, welche als die am stärksten einschränkende beschrieben wird, haben hingegen meist große Probleme eine Arbeit zu behalten und beziehen öfters Arbeitslosengeld als andere. Besonders schlecht scheiden sie bei Arbeiten ab, bei denen eine Reaktionshemmung erforderlich ist. Neben den Schwierigkeiten der Impulskontrolle, treten zudem auch in der Planung und beim Treffen von Entscheidungen Probleme auf (Thompson et. al., 2011). Häufig kommt Unzufriedenheit die Arbeit betreffend hinzu, sie empfinden sie als belastend und schwierig und haben zu hohe Selbsterwartungen (Sansone & Sansone, 2010). Jedoch können nicht alle als schlechte Arbeiter abgestempelt werden, denn es kommt auch vor, dass sie die Arbeit nutzen, um Kontakt mit anderen zu halten, was im normalen Alltag für sie schwierig ist (Thompson et. al., 2011). Abschließend ist zu sagen, dass Personen mit Persönlichkeitsstörungen sehr wohl in der Lage sind zu arbeiten, jedoch muss dafür das Setting und die Aufgaben auf ihre Persönlichkeit abgestimmt sein, damit keine interpersonellen Probleme entstehen und sie ihre Stärken einbringen können (Tyrer, 2014).

2.5 Bewältigungsstrategien

Nicht immer sind die Aktivitäten, die schwerfallen, das Problem. Auch Betätigungen, die für sie wichtig sind, von der Gesellschaft jedoch nicht akzeptiert werden, können zu Unannehmlichkeiten führen. Vor allem bei Personen mit einer Persönlichkeitsstörung des Clusters B kommt dies häufig vor. Als Bewältigungsstrategien für verschiedene Situationen stürzen sie sich in Betätigungen, die ungesund, illegal oder sozial nicht anerkannt sind. Die Betroffenen geben an, dass Betätigungen wie exzessives spielen von Videospielen, sich prügeln, trinken von Alkohol oder konsumieren von Drogen für sie eine entspannende Wirkung hat, sie sich dabei frei fühlen oder sich ausleben können, häufig geht es dabei um Kontrolle und um Konfrontation mit

für sie schwierigen Emotionen (Potvin et al., 2019). Personen mit einer Borderline- Persönlichkeitsstörung neigen zudem auch zu selbstverletzendem und suizidalem Verhalten als Strategie, um mit Problemen umzugehen (Falklöf & Haglund, 2010).

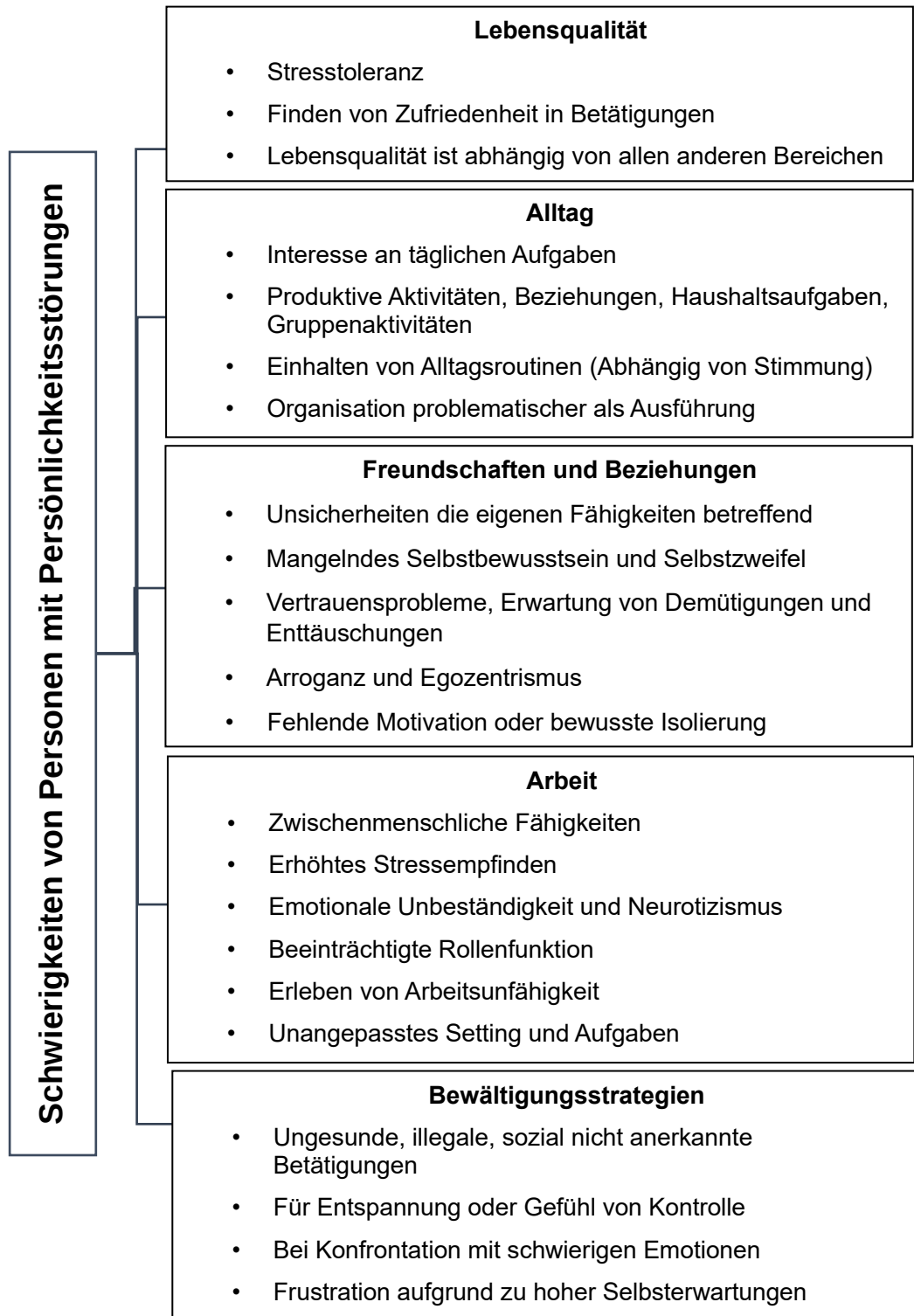
Auch die übermäßige Durchführung von gesellschaftlich akzeptierten Betätigungen kann als negativ angesehen werden, wie das exzessive Schauen von Serien und Filmen, Schlafen oder Nutzung sozialer Medien. Es handelt sich dabei um Aktivitäten, die vor allem genutzt werden, um der Wirklichkeit zu entfliehen (Potvin et al., 2019).

Sozial akzeptierte Betätigungen werden hauptsächlich durchgeführt, da sie von der Gesellschaft erwartet werden. Können diese Betätigungen nicht durchgeführt werden, auch aufgrund der Persönlichkeitsstörungen, empfinden die Betroffenen Scham oder haben Schuldgefühle. Andere beteiligen sich an sozial geschätzten Betätigungen, um Anerkennung zu erhalten oder andere zu beeindrucken, wodurch sie ihr Selbstbewusstsein stärken. Die Erwartungen, die Betroffenen an sich selbst haben, sind dabei oft hoch und können zu Frustration und negativen Gefühlen führen, wenn sie diese nicht erreichen (Potvin et al., 2019).

In Abbildung 4 werden die Schwierigkeiten von Personen mit Persönlichkeitsstörungen, welche in diesem Kapitel beschrieben wurden, zusammengefasst dargestellt.

Abbildung 4

Zusammenfassung der Schwierigkeiten von Personen mit
Persönlichkeitsstörungen



(Quelle: eigene Darstellung)

3. Ergotherapeutische Interventionen bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen

3.1 Stigmatisierung

Die Realität von Stigmatisierung und deren Einfluss in den Gesundheitsdiensten ist offensichtlich und kann die Effektivität von Fachkräften stark beeinträchtigen. Personen mit Persönlichkeitsstörungen können aufgrund ihrer Diagnose schnell als schwierig zu behandeln abgestempelt werden, weshalb es wichtig ist die Person zu sehen und nicht nur die Diagnose, damit die vorgefasste Meinung keinen negativen Einfluss auf die Arbeit hat (Harding, 2016).

3.2 Ziele der Ergotherapie

Personen mit psychischen Erkrankungen, darunter auch Persönlichkeitsstörungen, erhalten in der Regel eine Kombination aus verschiedenen Therapien eines Multidisziplinären Teams (Nott, 2014). Eine der nicht medikamentöse Intervention in der Psychiatrie ist dabei die Ergotherapie. Diese hilft bei der Wiederherstellung der Alltagsfähigkeit der Patienten und Patientinnen durch bedeutsame Betätigungen und nimmt Einfluss auf die Autonomie in den Alltagstätigkeiten (ADL's), auf die Lebensqualität und auf das persönliche Wohlbefinden (Rocamora-Montenegro, Compañ-Gabucio & Garcia de la Hera, 2021). Die Ziele der Ergotherapie bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen sind die Stabilisation der Stimmungsschwankungen, Verbesserung des Selbstwertgefühls, Unterstützung beim Aufbau zwischenmenschlicher Beziehungen und der allgemeinen Förderung der sozialen Kompetenz, Strategien zur Stressbewältigung, Verbesserung der Einsicht und des Urteilsvermögens, Konfliktlösungsstrategien und die Kontrolle bzw. ein angemessener Ausdruck von Gefühlen. Dabei soll der*die Ergotherapeut*in auf die Stärken der Klienten und Klientinnen bauen und zudem auch die Situation für die Angehörigen

erleichtern (Nott, 2014). Manchmal kann es vorkommen, dass die Betroffenen selbst das Ziel haben, sich besser zu fühlen oder sich „normal“ zu fühlen, dann ist es die Aufgabe des Therapierenden, gemeinsam mit dem Klienten oder der Klientin, diese in Aktivitäten aufzuschlüsseln, um erreichbare und messbare Ziele festzulegen (Harding, 2016).

3.3 Therapeutische Beziehung

3.3.1 Grundlagen der therapeutischen Beziehung

Unter therapeutischen Beziehungen versteht man Beziehungen zwischen dem Patienten und der medizinischen Fachkraft, in diesem Fall Ergotherapeuten oder Ergotherapeutinnen (Horton, Hebson & Holman, 2021). Was die therapeutische Beziehung von anderen Beziehungen unterscheidet, sind die klare Rollenverteilungen und die fachlichen Kompetenzen des Therapeuten bzw. der Therapeutin (Taylor et. al, 2009). Grundlagen für gute therapeutische Beziehungen sind Übereinstimmungen bezüglich der Aufgaben und der Ziele, sowie auch Sympathie, gemeinsame Entscheidungsfindung und natürlich Vertrauen. Abhängig davon wie gut die beiden Parteien zusammenarbeiten, gegenseitige Sympathie aber auch wie einig sie sich über Ziele sind, kann die Stärke der Beziehung mit der Zeit zunehmen. Eine gute Qualität der therapeutischen Beziehung ist wichtig, da diese einen positiven Einfluss auf die Therapieergebnisse hat (Horton, Hebson & Holman, 2021; Taylor et. al, 2009).

3.3.2 Therapeutische Beziehung mit Personen mit Persönlichkeitsstörungen

Personen mit Persönlichkeitsstörungen haben häufig eine längere Geschichte mit schwierigen Beziehungen, die bereits in der Kindheit ihren Anfang haben kann, denn neben genetischen Faktoren können Persönlichkeitsstörungen auch einen erzieherischen Hintergrund haben (Harding, 2016; Nott, 2014). Die Probleme in den frühkindlichen Beziehungen entstanden aber nicht durch Selbstverschulden, sondern lagen vielmehr an den Personen, die für sie

sorgen sollten und sie vernachlässigt oder verletzt haben. Der*Die Therapeut*in muss sich bewusst sein, dass es aufgrund dieser Umstände viel Zeit erfordern kann, eine therapeutische Beziehung aufzubauen, helfenden Personen Vertrauen zu schenken ist für die Betroffenen schwierig. Es ist wichtig zu verstehen, welches die Gründe für die Schwierigkeiten in vergangenen Beziehungen waren, damit diese nicht wiederholt werden. Aus diesen Gründen kann auch das Erreichen einer guten therapeutischen Beziehung als Ziel für die Patienten und Patientinnen angesehen werden. Wenn der Abschluss der Therapie bevorsteht, da die Ziele erreicht wurden, kann dies wiederum zu einer schwierigen Situation führen. Denn dies bedeutet für die betroffenen Person den Verlust einer positiven (therapeutischen) Beziehung. Aus diesem Grund müssen eben jene Schwierigkeiten, welche am Therapieende auftreten können, bereits vorher bedacht werden. Die gemeinsame Erarbeitung eines Plans, der auch das Erreichen der Ziele und das Beenden der Therapie beinhaltet, kann für die Klienten und Klientinnen eine Hilfe sein, um sich darauf vorzubereiten und damit umzugehen (Harding, 2016).

3.4 Einzel- und Gruppentherapie

Je nach Zielsetzung wird die geeignete Sozialform für die Therapie gewählt. Einzeltherapie ist indiziert bei Erhebungen von Anamnesen, für betätigungsorientierte Beurteilungen, gemeinsame Interventionsplanungen oder für Einzelberatungen hinsichtlich der Diagnose und Symptomatik. Die Gruppenform sollte dann gewählt werden, wenn der Dialog und die Reflexion mit anderen Klienten und Klientinnen über Werte, Interessen, Verhaltensmuster, Selbst- und Fremdbilder oder auch Gewohnheiten angestrebt wird oder auch hinsichtlich des Betätigungsverhaltens die Unterstützung und Rückmeldung der Gruppe wichtig sind (Brandt et. al., 2020).

Bei ergotherapeutischer Einzeltherapie erhalten die Klienten und Klientinnen mit Persönlichkeitsstörungen ein individuelles Programm, das auf die für sie

schwierigen Bereiche abgestimmt ist. Der*die Ergotherapeut*in analysiert die Lebensumstände, Beziehungen, Freizeit, soziale Aktivitäten, Gewohnheiten und Zeitplanung, genauso wie die individuellen Rollenerwartungen, die Stimmungen und das Energieniveau der betroffenen Person. Bei der Analyse dieser Bereiche werden besonders Stress, Produktivität, Beziehungsprobleme und Bewältigungsfähigkeiten hervorgehoben. Neben der Arbeit an den Alltagsproblemen der Personen mit Persönlichkeitsstörungen, bieten Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen auch unterstützende Beratung für die Betroffenen und ihre Angehörigen an (Nott, 2014).

Da Personen mit Persönlichkeitsstörungen besonders Einschränkungen in der sozialen Teilhabe aufweisen, sind Gruppentherapien essenziell. Die Reaktionen der Gruppe reflektieren wie ein Spiegel das Verhalten der Betroffenen und führt aufgrund der Rückmeldungen zu einem Lernprozess bei der Verhaltensänderung. Die Verhaltensmuster der anderen werden kopiert und auch wenn dies nur für eine bestimmte Dauer geschieht, ermöglicht es dennoch alternative Kommunikationsmuster. In der Gruppe kann zudem ein Zugehörigkeitsgefühl entstehen, da die Gruppenmitglieder ähnliche Gefühle und Konflikte zum Ausdruck bringen. Zudem sorgt eine Gruppe dafür, dass die Personen durch die Interaktion mit den Teilnehmern und Teilnehmerinnen mit verschiedenen Situationen konfrontiert werden, wodurch Bewältigungs- und Problemlösefähigkeiten gefördert werden. In der Gruppe werden der soziale Kontakt und zwischenmenschliche Beziehungen verbessert und es ergeben sich Möglichkeiten, seine Gefühle, Bedürfnisse und Konflikte zum Ausdruck zu bringen. Auch auf die Bearbeitung von Familienkonflikten können sich Gruppentherapien positiv auswirken (Nott, 2014).

3.5 Therapieprinzipien eingeteilt nach Cluster

3.5.1 Cluster A

Ann Nott (2014) unterteilt die Therapieprinzipien je nach Cluster, zu welchem die Persönlichkeitsstörungen gehören. Demnach sollte man bei Personen mit einer Persönlichkeitsstörung des Clusters A mit Einzeltherapien beginnen,

durch welche die Bewältigung der Persönlichkeitsstruktur und der Schwächen gefördert werden kann. Soziale Fertigkeiten sollten anschließend schrittweise geübt werden, bevor die Betroffenen in Therapiegruppen integriert werden. Die Akzeptanz der eigenen Grenzen ist wichtig, damit auch die anderen Gruppenmitglieder diese akzeptieren. Vor allem nicht bedrohliche, strukturierte und aufgabenorientierte Gruppen können für Personen mit einer Persönlichkeitsstörung des Clusters A profitabel sein. Da sie mit Aufmerksamkeit nicht gut umgehen können, sich schnell zurückziehen oder verteidigen, wenn man von ihnen etwas fordert, wird ein unterstützender-therapeutischer Ansatz von Seiten des Ergotherapeuten bzw. der Ergotherapeutin empfohlen (Nott 2014).

3.5.2 Cluster B

Bei Personen mit einer Persönlichkeitsstörung des Clusters B, die vor allem durch ihr emotionales und exzentrisches Verhalten auffallen, kann ein therapeutischer Vertrag sinnvoll sein, der bei nicht Einhaltung verhaltensbezogene Konsequenzen mit sich bringt. Das Therapieziel für den Klienten oder die Klientin ist dabei das Verstehen seiner Verhaltensweisen und der Beziehungen, die zu der Dysfunktion führen. „Der ergotherapeutische Prozess bewegt sich von einer emotionsbasierten Vorgehensweise hin zu einer Strukturierung und Eingrenzung des Tagesablaufs mit Aktionsplänen als wesentlicher Komponente“, so Nott. Die fordernden und manipulative Eigenschaften der Klienten und Klientinnen, die in der Therapie zum Vorschein kommen können, können für unerfahrene Therapeuten und Therapeutinnen schwierig sein. Beim Umgang mit dieser Klientel muss der*die Ergotherapeut*in seine Grenzen abstecken, ein „sanfter Gutmensch- Ansatz“ ist nicht förderlich und kann dazu führen, dass die Integrität des Therapeuten bzw. der Therapeutin und der Therapieprozess sabotiert werden. Ein wichtiger Punkt der therapeutischen Intervention ist die Konfrontation der Klienten und Klientinnen mit den Auswirkungen ihrer negativen Verhaltensweisen und

Handlungen. Sie sollen zudem ermutigt werden, ihre Gefühle zu verbalisieren und auf positive Bewältigungsmechanismen zurückgreifen (Nott, 2014).

Bei narzisstischen Personen muss die Beziehung emphatisch, aber dennoch entschlossen sein, da diese Persönlichkeitstypen einschüchternd wirken können. Der*die Therapeut*in versucht das Einfühlungsvermögen, sowie auch das Bewusstsein für Gefühle und für die Sichtweise Anderer zu fördern. Bei Persönlichkeitsstörungen des Typs Borderline ist ein strukturierter, realitätsorientierter Ansatz am nützlichsten. Um Regression und selbstzerstörerisches Verhalten zu unterbinden sind vor allem klare feste Grenzsetzungen und Abgrenzungen nötig, der*die Klient*in kann jederzeit impulsiv und unberechenbar sein, als Therapeut*in muss man darauf vorbereitet sein und ruhig reagieren. Besonders Aktivitäten, die die Aggression kanalisieren, können eine positive Wirkung zeigen. Wichtig ist auch ihnen klarzumachen, welche Auswirkungen ihre Verhaltensweisen auf sie selbst, aber auch auf ihr Umfeld haben. Dies garantiert eine solide Grundlage auf deren der*die Ergotherapeut*in aufbauen kann (Nott, 2014).

3.5.3 Cluster C

Die introvertierten Persönlichkeiten des Clusters C profitieren von der Struktur, welche durch interaktionelle Gruppen geboten werden. (Nott, 2014).

Aus ergotherapeutischer Sicht sollte der erste Schritt der Therapie mit Personen mit einer Vermeidenden Persönlichkeitsstörung der Aufbau von Vertrauen sein, indem eine akzeptierende Haltung vermittelt wird. Eine Vermeidungshaltung der Patienten und Patientinnen muss verhindert werden, als Therapeut*in sollten Konfrontation deshalb nur mit sehr viel Vorsicht angegangen werden. Die Betroffenen sollen die Möglichkeit bekommen, angemessenes Sozialverhalten und Durchsetzungsvermögen zu erfahren und gleichzeitig auch Wissen über die negativen Folgen ihres Vermeidungsverhaltens erhalten. Bei vermeidenden Persönlichkeitsstörungen ist zudem die Betrachtung des Kontextes wichtig, da diese leicht in ungesunde

Co-Abhängigkeiten stürzen können, welche schwerwiegende negative Auswirkungen auf die Lebensumstände haben (Nott, 2014).

Bei Personen mit Zwanghaften Persönlichkeitsstörungen sollte der*die Ergotherapeut*in eine entspannte Atmosphäre schaffen, dadurch soll vermieden werden, dass sich Spannungen aufbauen welche zwanghaftes Verhalten hervorrufen können. Zudem wirken sich besonders ausdruckszentrierten Methoden positiv auf diesen Persönlichkeitstyp aus. Den betroffenen Personen muss bewusst gemacht werden, dass durch ihr zwanghaftes Verhalten Entfremdungen von anderen Personen gefördert werden. Auch der Ausdruck von Gefühlen, besonders Wut und Angst aber auch Freude und Spaß, und deren Auswirkungen auf das Verhalten und die Stimmung sollten sensibilisiert und angeregt werden (Nott, 2014).

3.6 Ergotherapeutische Interventionen

3.6.1 Stressbewältigung und Entspannung

Stress hat eine enorme Auswirkung auf das Leben von Personen mit Persönlichkeitsstörungen, insbesondere bei zwischenmenschlichen Beziehungen, bei der Arbeit und generell im Alltag. Da Personen mit Persönlichkeitsstörungen auf schwierige Situationen häufig mit maladaptiven Bewältigungsstrategien wie erhöhtem Alkoholkonsum, Einnahme von Drogen oder auch Essproblemen reagieren, ist eine alternative Stressbewältigungsmethode ein wichtiger Punkt in der Therapie. Dabei kann Ergotherapie vor allem dafür verwendet werden, die Inhalte, welche in psychotherapeutischen Einheiten auf theoretische Weise behandelt und erlernt werden, in einem praktischen alltagsnahen Kontext umzusetzen. Ann Nott (2011) zeigt durch ihre Therapiekonzepte auf, welche Möglichkeiten es gibt, um mit Personen mit Persönlichkeitsstörungen in der Therapie an jenen Problemen zu arbeiten.

Laut ihr sollten Bestandteil der Therapien eine Analyse stressauslösender Faktoren, der jüngsten Stressereignisse im Leben und ein Stresstoleranzprofil sein. Der*die Ergotherapeut*in versucht, Ausweichmöglichkeiten für Stress zu

schaffen, einen ausgewogenen Lebensstil zu fördern, negatives Denken in Frage zu stellen und die Klienten und Klientinnen zu einem fokussierten und selbstbestimmten Lebensansatz zu ermutigen. Um angemessene Reaktionen in Stresssituationen zu erlernen, wird gerne zu einem verhaltensorientierten Ansatz gegriffen, einem langfristigen Prozess, bei welchem angemessenes Verhalten durch positives Feedback verstärkt wird und negative Verhaltensweisen ignoriert werden. Dadurch werden Erfolgserlebnisse und Wohlbefinden durch die Teilnahme an positiven Aktivitäten gefördert. Auch förderlich sind Erfahrungen in gruppentherapeutischen Settings, in denen Selbsteinschätzung, Zeitmanagement und die Festlegung von Zielen, jenen Fähigkeiten, die zur Vermeidung von Stresssituationen nützlich sind, verstärkt werden. Diese können auch direkt auf reelle Alltagssituationen bezogen sein und in den Alltag der Teilnehmer*innen eingebaut werden, um ihnen Sicherheit zu geben. Therapiesitzungen mit entspannenden Handlungen zu beginnen oder auch zu beenden, wirkt sich ebenfalls positiv auf die Teilnehmer*innen aus (Nott, 2014).

Wichtige Ressourcen für Personen mit Persönlichkeitsstörungen sind unterstützende Personen, aber auch ein gesunder Lebensstil mit Bewegung, Sport und Hobbies hat eine positive Auswirkung auf die Klienten und Klientinnen. Der Wert von Freizeitaktivitäten ist vor allem deshalb hoch, weil sie Möglichkeiten bieten Aggressionen und Frustrationen nach außen zu verlagern und sie zudem einen motivierenden Effekt haben, der Apathie und Negativität verringert. So kann der*die Ergotherapeut*in Personen mit Persönlichkeitsstörungen einen Weg der Spannungsbewältigung und des Stressabbaus zeigen durch das Heranführen an Sport und Hobbies. Da diese Aktivitäten häufig in Gruppen durchgeführt werden sind sie eine gute Möglichkeit, an den sozialen Fähigkeiten zu arbeiten und bieten gleichzeitig eine konstruktive Freizeitgestaltung (Nott, 2014).

3.6.2 Verbesserung sozialer Fähigkeiten

Auch die Arbeit an den sozialen Fähigkeiten kann in Zusammenarbeit oder nach Absprache mit den Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin in

der Ergotherapie durchgeführt werden, um die in der Psychotherapie behandelten Inhalte in einem praktischen Kontext noch zu vertiefen. Ein Großteil des Trainings zur Verbesserung der sozialen Fähigkeiten findet dabei in ergotherapeutischen Gruppen statt, mit dem Ziel, alltagsnahe Situationen darzustellen und so soziale Kompetenzen zu vermitteln und zu fördern. Besonders introvertierte Teilnehmer*innen mit Persönlichkeitsstörungen profitieren davon, an ihrem Selbstbewusstsein und ihrer Selbstbehauptung zu arbeiten und verbessern im Allgemeinen ihre verbalen und nonverbalen, als auch ihre Konversationsfähigkeiten. Bei Übungen zur Verbesserung der Selbstbehauptung lernen die Teilnehmer*innen Schutz-, aber auch expressive Techniken, um mit schwierigen Situationen umzugehen und angemessen zu reagieren (Nott, 2014).

Im Verhältnis dazu hebt sich die Gruppe der extrovertierten Personen mit Persönlichkeitsstörungen, darunter vor allem Narzissten, durch Durchsetzungsfähigkeit und aggressivem Verhalten hervor. Ein einsichtsorientierter Ansatz, bei dem Kommunikations- und Verhaltensweisen offengelegt und selbstregulierendes Verhalten erforscht werden, ist hierbei wirksamer. Auch werden dabei die Folgen passiv-aggressiver, indirekter oder aggressiver Kommunikation untersucht, und die Teilnehmer*innen damit konfrontiert (Nott, 2014)

Methoden, bei denen die Teilnehmer*innen zu Beginn der Gruppenentwicklung in Zweiergruppen anstatt mit der ganzen Gruppe diskutieren, erweisen sich als besonders wirksam bei Personen mit Cluster C Persönlichkeitsstörungen. Durch ausgewählte Gesprächsthemen wie Komplimente machen, Kritik geben oder annehmen, „Nein“ sagen, sich entschuldigen oder Ärger ausdrücken, können die Teilnehmer*innen Erfahrungen im Umgang mit diesen Kommunikationsformen sammeln (Nott, 2014)

Rollenspiele können dazu dienen, stressige soziale Situationen besser zu meistern, indem diese mit selbstbewusstem Verhalten nachgespielt werden. Besonders hilfreich für Personen, die Schwierigkeiten haben in sozialen Situationen die richtigen Worte zu finden (Nott, 2014).

Auch sozial herausfordernde Situationen, welche in Psychotherapieeinheiten behandelt werden, wie das Aussprechen von Komplimenten, Personen vorstellen, die Rückgabe von Artikel in einem Geschäft oder allgemein ein Gespräch anbahnen und aufrechterhalten, können in den ergotherapeutischen Gruppen oder auch beim Alltagstraining geübt werden (Nott, 2014).

Personen mit Persönlichkeitsstörungen dürfen sich nicht immer in defensive Kommunikation flüchten, sondern müssen angemessene expressive verbale Fähigkeiten üben. So soll etwa die Verwendung von „Du“- Aussagen in anklagender, manipulierender Weise vermieden werden und stattdessen „Ich“- Aussagen verwendet werden, um die Gefühle zu verbalisieren. Dies kann dabei helfen, Stress und Unstimmigkeiten in Beziehungen zu reduzieren und hilft dabei, Verantwortung für die Gefühle und Handlungen zu übernehmen (Nott, 2014).

3.6.3 Alltagstraining

Studien zeigen, dass Trainingsprogramme zur Verbesserung der sozialen Fähigkeiten positive Auswirkungen auf den Kompetenzerwerb haben. Das bedeutet, dass eine Kombination aus Training der sozialen und alltäglichen Fertigkeiten eine bessere Wirksamkeit aufweisen als einzelne Übungseinheiten. Es gibt zudem Hinweise, dass strukturierte, handwerklich orientierte Programme, welche das Training sozialer und alltäglicher Fertigkeiten verbinden, bessere Ergebnisse im Hinblick auf die Entwicklung von Fertigkeiten für eine unabhängige Lebensführung erzielen als herkömmliche Interventionen, wie zum Beispiel freizeitorientierte oder emotionsbasierte Methoden (Arbesman & Logsdon, 2011).

Kochtraining, sowohl zuhause als auch in der Klinik, führt zu signifikanten Verbesserungen der Fähigkeiten. Auch können nachgewiesen werden, dass Vermittlungen von Fertigkeiten beim Lebensmitteleinkauf den Erwerb von Fertigkeiten für eine unabhängige Lebensführung unterstützen, wodurch eine Verbesserung der Genauigkeit und Redundanz festgestellt werden konnte.

Zudem gibt es Nachweise für die Wirksamkeit von kompensatorischen Strategien wie der Verwendung von Umgebungshilfen (Z.B. Schilder oder Checklisten) für die Alltagsbewältigung. Diese werden auf Grundlage einer Bewertung des Verhaltens und der exekutiven Funktionen, sowie den Auslösern für maladaptiven Verhaltensweisen des Patienten oder der Patientin individuell angepasst (Arbesman & Logsdon, 2011).

Auch Elternt raining kann ein wichtiger Punkt für Personen mit psychischen Erkrankungen sein. So konnten durch Gruppensitzungen, gemeinsam oder nach Absprache mit Psychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen, mit den Themen positive Erziehungskompetenzen, dem Verstehen von kindlichen Verhalten, dem Beziehungsaufbau und dem Verhaltensmanagement und anschließenden Hausbesuchen, in welchen die erlernten Strategien im Alltag umgesetzt werden, positive Ergebnisse erzielt werden, wie von den Teilnehmern und Teilnehmerinnen rückgemeldet wurde (Arbesman & Logsdon, 2011).

3.6.4 Klärung von Werten

Werte sind wichtige Motivationsquellen und werden als lebensnotwendig für die Existenz eines Menschen angesehen. Bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen kann in Gruppen zu diesem Thema an der Neubewertung der Werte, an Konflikten in Bezug zu diesen Werten und an Alternativen und Konsequenzen dazu gearbeitet werden. Diese Techniken erweisen sich als nützlich und können einen Wandel hin zu einem adaptiven Lebensstil mit angemesseneren Bewältigungsmechanismen einleiten. Die in der Psychotherapie behandelten theoretischen Grundlagen können in ergotherapeutischen Therapieeinheiten in Aktivitäten eingebaut werden, so erhalten die Betroffenen einen praktischen Bezug dazu. Die Werteklärung soll dabei helfen, das Leben bewusst zu planen, wozu auch die Freiheit gehört, Werte zu wählen, zu akzeptieren oder abzulehnen. In Zweiergruppen können verschiedene Übungen dazu durchgeführt werden, wie z.B. der Einfluss der Werte anderer auf mein Leben, meine Werte oder auch Alternativen und Konsequenzen, welche anschließend in der Gruppe diskutiert werden, wobei

der Schwerpunkt besonders auf die persönlichen Alternativen und Konsequenzen gelegt wird (Nott, 2014).

3.6.5 Ausdruckszentrierte Aktivitäten

Künstlerische und gestalterische Aktivitäten sind ein wichtiger Bestandteil der Therapie mit Personen mit Persönlichkeitsstörungen im klinischen Setting. *„Bei der Auswahl der Aktivitäten wird ein kooperativer Ansatz in einer informellen und entspannten Umgebung verfolgt, die das Erkunden von Aktivitäten fördert“*, so Nott (2014). Es besteht zunächst kein direkter Bezug zwischen ausdruckszentrierten Interventionen und Alltagsbewältigung, jedoch können sie einen Zugang zu Wünschen, Zielen und Problemen eröffnen (Brandt et. al., 2020). Die Aktivitäten können zum Ausdruck der Gefühle und Gedanken verwendet werden und je nach Aktivität kann die Einhaltung einer Struktur bei kreativen Aktivitäten einen positiven Effekt auf Alltagsaktivitäten haben (Nott, 2014).

Aber es geht nicht nur darum, einen Zugang für andere zu schaffen, auch die Selbsterfahrung ist ein wichtiger Punkt. Geeignete Aktivitäten können dabei das Erstellen einer Collage des eigenen „Selbst“ sein, bei der zum Beispiel ein Schuhkarton genutzt wird, wobei der Inhalt das Innere präsentiert und die Außenseite als das Äußere des Selbst dargestellt werden kann. Die kreativen Übungen werden anhand der Ziele der Einzelnen oder der beobachteten Erfolge der Gruppe und aufgrund der Art der Gruppeninteraktion von den Ergotherapeuten oder Ergotherapeutinnen ausgewählt (Nott, 2014)

3.6.6 Arbeitstherapie

Die Arbeitstherapie dient der Wiedergewinnung der Arbeitsfähigkeit (Brandt et. al., 2020). Besonders bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen welche häufigen Schwierigkeiten bei der Erhaltung oder auch Aufrechterhaltung eines Arbeitsplatzes aufweisen, ist dies ein wichtiges Therapieziel. Ergotherapeuten und -therapeutinnen können dabei helfen, nötige Kompetenzen zur Erhöhung der Arbeitseffizienz zu erlernen oder den Arbeitsplatz so gut wie möglich an

die Bedürfnisse der betroffenen Personen anzupassen. Die Interventionen sind abhängig von den Charakteristika der verschiedenen Persönlichkeitsstörungen. So arbeitet man mit Borderline- Patienten an der Impulsivität oder auch an der Wutkontrolle. Bei Cluster C- Persönlichkeitsstörungen muss vor allem verhindert werden, dass sie von stärkeren Charakteren manipuliert werden, weshalb man hierbei eingreifen und die Arbeitsrechte der Betroffenen bestärken und eine gerechtere Umgebung fördern sollte. Im allgemeine wird bei den Interventionen das Augenmerk auf die Fähigkeiten, welche für jeweiligen Job nötig sind, gelegt (Nott, 2014).

Lehmacher und Tilly haben 2011 das Thema „Patienten mit Persönlichkeitsstörungen in der Arbeitstherapie“ bei der Fachtagung „Ergotherapie bei Personen mit einer Persönlichkeitsstörung“ vorgestellt. Die klassischen Arbeitstherapiebereiche sind dabei Büro, Garten, Hauswirtschaft, Holz und Metall. Über das Mittel Arbeit wird ein Therapie- und Übungsangebot gestaltet, welches der psychischen Stabilisierung dient und den ersten Schritt zur Rückkehr in die Ausbildungs- und Arbeitswelt darstellt. Die ergotherapeutische Arbeitstherapie beginnt, nach der ärztlichen Verordnung, mit einem Erstgespräch, der Zielentwicklung, der Erfassung der Berufs- und Sozialanamnese und anschließend der Diagnostikphase bis hin zum werktherapeutischen Angebot, Belastungserprobung oder Langzeittraining. In der Arbeitstherapie können die Fähigkeiten, welche in anderen Gruppen erlernt wurden, umgesetzt und geübt werden, so kann sie zum Beispiel als Übungsfeld für Kommunikation oder auch für die Bewältigung von Krisensituationen genutzt werden (Lehmacher & Tilly, 2011).

Die Behandlungsinhalte der Arbeitstherapie sind störungsspezifisch ausgerichtet. Die Regeln der Arbeitswelt werden auch Großteiles für die Therapie übernommen, um den ersten Schritt des Übergangs in den Alltag und die Arbeitswelt zu schaffen und anschließend dauerhaft anzunehmen. Diese therapiegeeigneten Regeln der Arbeitswelt werden häufig als Grundvoraussetzungen in der Ausbildung- und Arbeitswelt angesehen,

darunter fallen zum Beispiel Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit, Sauberkeit, Fleiß und Pflichtbewusstsein (Lehmacher & Tilly, 2011).

„*Arbeitstherapie sollte als Sprungbrett und nicht als Dauerparkplatz genutzt werden*“ so Lehmacher & Tilly (2011). Jedoch kann laut ihnen die Arbeitstherapie als praktisches Therapiemittel angesehen werden, welches für Personen mit Persönlichkeitsstörungen als Übung zur Heranführung an die Ausbildungs- und Arbeitswelt dient.

3.7 Therapieprogramm: Genussstraining

Auch Genussstraining ist eine Therapiemöglichkeit für Personen mit Persönlichkeitsstörungen. Das verhaltenstherapeutische Konzept des Genussstrainings, welches von Lutz und Koppenhöfer in den 80iger Jahren erarbeitet und als „Die kleine Schule des Genießens“ veröffentlicht wurde, diente Pfeiffer und Pott als Basis für das Therapieprogramm, welches sie 2011 bei einer Fachtagung zum Thema *Ergotherapie bei Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung* vorstellten.

Beim Genussstraining geht es um die Veränderung von Gedanken und Gefühlen, zudem zählt auch die Achtsamkeit zu den Grundkonzepten. Die Vorbereitung des Genussstrainings ist für die Therapeuten und Therapeutinnen zeitintensiv, da es sowohl eine Gestaltung des Raums als auch der Stimulanzen benötigt. Es gibt sieben „Genussregeln“, die bei diesem Training beachtet werden:

- „*Genuss braucht Zeit*
- *Genuss muss erlaubt sein*
- *Genuss geht nicht nebenbei*
- *Jedem das Seine*
- *Weniger ist mehr*
- *Ohne Erfahrung kein Genuss*
- *Genuss ist alltäglich.*“ (Pfeiffer & Pott, 2011)

Genuss wird durch alle fünf Sinne erfahren, weshalb das Programm, welches Pfeiffer und Pott vorgestellt haben, aus sieben Einheiten aufgebaut ist. Es

besteht aus der Einführungseinheit, die anschließenden fünf Einheiten, die je einem Sinn zugeschrieben sind und der Abschlusseinheit. Die Gruppe besteht aus maximal acht Teilnehmern und einem Trainer, findet zwei Mal pro Woche statt und jede Einheit dauert, abhängig von der Gruppe, zwischen 60 und 120 Minuten lang. Die erste Einheit beginnt mit einer Fantasiereise und der Vorstellung des Genusstrainings, die letzte Einheit soll von den Teilnehmern selbst gestaltet werden, ebenfalls mit einer Fantasiereise. Die Einheit, welche sich auf die Sinne beziehen, bestehen aus der Vorbereitung, einer Fantasiereise, der Theorie zu dem entsprechenden Sinn, der Vorstellung der mitgebrachten Gegenstände, anschließend Experimente zum Sinn und eine Besprechung dieser, dann die Abschlussrunde mit „Hausaufgaben“ und die Nachbereitung.

Das Konzept des Genusstrainings wurde ursprünglich für depressive Patienten und Patientinnen entwickelt, da es sich jedoch um einen symptomunabhängigen Ansatz handelt kann er auch bei verschiedenen anderen Krankheitsbildern mit jeweiligen angepassten Zielen eingesetzt werden, lediglich Halluzinationen, psychomotorische Unruhe und kognitive Störungen, wenn stark ausgeprägt, werden als Ausschlusskriterien angesehen. Das Programm wird auf Freiwilligenbasis abgehalten, geeignete Teilnehmer werden von Team eingeladen. Laut Pfeiffer und Pott (2011) kam es auch vor, dass Patienten und Patientinnen das Programm wiederholt haben, da sie es als förderlich empfunden haben.

Bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen geht es im allgemeinen therapeutischen Dialog, anders als bei anderen psychischen Erkrankungen, häufig um den Patienten oder die Patientin selbst und die Symptomatik in der Person mit seinen dysfunktionalen Mustern im Verhalten und Erleben. Beim Genustraining geht es nicht um den Patienten oder die Patientin als dysfunktionale Person, sondern er oder sie wird dabei als Mensch mit gesunden Anteilen und Bedürfnissen wahrgenommen, welche im Therapiealltag vor lauter Konflikten oft untergehen. Pfeiffer und Pott vermerken, dass es bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen durch das Genustraining zu weitreichenden Verbesserungen der therapeutischen

Arbeitsbeziehung, zur Selbstwertsteigerung und auch zum Aufweichen der rigiden Muster kommt. Während des Programms erfahren Personen mit Persönlichkeitsstörungen eine Konfliktfreie Zeit, anstatt im Konflikt mit sich selbst, einer Aufgabe oder Anderen zu treten, „können sie einfach genießen“ (Pfeiffer & Pott, 2011).

3.8 Therapieprogramm: The Journey Day Service

The Journey day service ist ein ergotherapeutisches betätigungsorientiertes Gruppenprogramm für Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung, welches in Großbritannien entwickelt wurde. Es wird als eines der drei Gruppenprogramme angegeben, welches von *The Leeds Personality Disorder Managed Clinical Network* (PDMCN) angewandt wird. Journey versteht Persönlichkeitsstörungen als Versagen beim Suchen adaptiver Lösungen für Lebensaufgaben, zudem muss mindestens einen der folgenden Probleme beinhaltet sein:

- „Gefühle für sich selbst und andere zu entwickeln“
- „zwischenmenschliches Funktionieren“
- „prosoziales Verhalten in der weiteren sozialen Gruppe“ (Hirons, Rose & Burke, 2010).

Das Programm richtet sich an Personen mit Persönlichkeitsstörungen, die in der Lage sind, in einem strukturierten Umfeld mit ihren Erfahrungen mit sich selbst und anderen umzugehen und es schaffen, sich auf einen Prozess der Aktivität, sozialen Interaktion und Reflexion einzulassen. Es ist das Ziel von Journey, Personen mit Persönlichkeitsstörungen dabei zu helfen, eine konzentrierte zielgerichtete Tätigkeit auszuüben. Dabei handelt es sich um Tätigkeiten, durch die die Kontrolle und Regulation von Gefühlen und Gedanken verbessert werden soll oder die sich auf das Erreichen von Lebenszielen konzentrieren und somit über die Vermeidung negativer Affekte hinausgehen (Hirons, Rose & Burke, 2010).

Journey ist ein geschlossenes Gruppenprogramm mit einer Dauer von sechs Monaten und besteht aus zehn Gruppenmitgliedern. Geleitet wird das

Programm von einem Ergotherapeuten oder einer Ergotherapeutin, zudem werden die Teilnehmer*innen während dieser Zeit von drei weiteren Mitarbeitern betreut. Neben der Gruppentherapie erhalten die Teilnehmer*innen während der sechs Monate auch acht Einzelsitzungen. Unterteilt wird das Therapieprogramm in zwei 12-wöchige Phasen. Während der ersten Phase trifft sich die Gruppe wöchentlich für vier Stunden, die Sitzungen sind dabei streng strukturiert und beinhalten einen Check-in, aufwärmen, Pause, Hauptgruppenaktivität, Zubereitung und Verzehr von Speisen/ Freizeit und einer abschließenden Reflexion (Hirons, Rose & Burke, 2010).

Während der ersten Gruppenphase erhalten die Teilnehmer*innen die Möglichkeit, Erfahrungen zu sammeln im Sein und im Arbeiten mit anderen. Die Themen der Sitzung werden durch Gruppen- und Einzelaktivitäten, aber auch durch Aufgaben und Diskussionen bearbeitet. Der Fokus dieser Sitzungen der ersten Phase liegt vor allem im Verstehen, was Persönlichkeitsstörung bedeutet, welchen Zweck die Gruppenarbeiten haben, das Konzept von Tätigkeiten und Zeitplanung und endet schließlich mit der Entwicklung von individuellen Aktivitätsplänen, welche mit Hilfe von Analysen der Tätigkeiten der einzelnen Gruppenmitglieder gemeinsam mit den Betreuern und Betreuerinnen ausgearbeitet werden. Genau auf diese Aktivitätspläne bezieht sich die zweite Phase des Programms. In dieser Zeit trifft sich die Gruppe nur mehr einmal im Monat für vier Stunden, der Fokus wird auf die Umsetzung der Aktionspläne und der Reflexion der gemachten Erfahrungen gelegt (Hirons, Rose & Burke, 2010).

In den drei Einzelstunden der ersten Phase geht es vor allem darum, den Klienten und Klientinnen beim Umgang mit den Prozessen in der Gruppe zu helfen, wohingegen in den fünf Einzelstunden der zweiten Phase an der Entwicklung, Umsetzung und der Reflexion der Aktivitätspläne gearbeitet wird. Das Programm nutzt zwei ergotherapeutische Modelle, das *Model of Human Occupation (MOHO)* und das *Functional Group Model*. Ersteres befasst sich mit der Tätigkeitsmotivation, den betätigungsbezogenen Verhaltensmustern und den Umwelteinflüssen, wohingegen sich das zweite Modell auf die

Auswirkung der Gruppendynamiken auf das Betätigungsverhalten der Teilnehmer*innen konzentriert, wobei funktionale Gruppenarbeit und psychodynamische Gruppenarbeit unterschieden werden. Der Fokus vom *Journey Day Programm* liegt nicht auf den gruppendynamischen Erfahrungen, stattdessen konzentriert sich das Programm auf den Sinn, den Zweck und die Qualität der Aktivitäten, die Menschen im Alltag tun und welchen Einfluss dieses „Tun“ auf die Bewältigung von Lebensaufgaben haben kann.

Zur Auswertung des Programms werden drei verschiedene Messinstrumente verwendet, darunter Gruppeninterviews, *the Occupational Self Assessment (OSA)* und *the World Health Organisation Quality of Life Scales (WHOQOL)*. Die Gruppeninterviews beziehen sich auf die Erfahrungen der Teilnehmer in Bezug auf das Programm. Das OSA ist ein standardisiertes Messinstrument, welches die individuelle Einschätzung der eigenen Fähigkeiten in Bezug auf die Erfüllung der Anzahl an Aktivitäten der verschiedenen Betätigungsbereiche misst. Dazu gehört auch die Einschätzung, wie wichtig ihnen die Erfüllung eben jener Aktivitäten ist. Das WHOQOL ist ein standardisiertes Instrument zur Selbsteinschätzung, durch welches die individuelle Empfindung der Lebensqualität in den Bereichen physische, psychische, soziale Beziehungen und Umwelt gemessen wird. Das OSA und WHOQOL werden jeweils am Anfang und am Ende, sowie sechs Monate nach Beendigung des Programms durchgeführt.

Journey hilft den Gruppenteilnehmern und -teilnehmerinnen ihr Betätigungsdenken, darunter vor allem die Planung, zu identifizieren und zu entwickeln. Es geht darum, dass die Personen verstehen, was sie tun, wie sie es tun und welchen Einfluss dies auf ihr Leben hat. Dieses Tun bezieht sich auf alle möglichen Aktivitäten, von Selbstversorgung, produktive Tätigkeiten, Freizeitaktivitäten, bis hin zu Gruppenaktivitäten und Bewältigungsstrategien (Hirons, Rose & Burke, 2010).

4. Schlussbetrachtung

4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Das Ziel dieser Arbeit ist es, eine Antwort auf die Frage „In welchen Situationen und bei welchen Betätigungen des täglichen Lebens treten bei Personen mit einer Persönlichkeitsstörung Schwierigkeiten auf und welche Möglichkeiten der ergotherapeutischen Behandlung gibt es?“ zu finden.

Mehrere Studien, hierbei vor allem qualitative, befassen sich mit den Schwierigkeiten, welche Personen mit Persönlichkeitsstörungen im Alltag aufweisen. Die Schwierigkeiten, welche sich sowohl bei der Wahrnehmung der Selbstidentität als auch beim Umgang mit anderen Personen und mit Stresssituationen zeigen, wirken sich im Alltag negativ auf Beziehungen und Freundschaften aus und können zu Problemen beim Finden und Aufrechterhalten einer bezahlten Arbeit führen. Bewältigungsstrategien, welche eingesetzt werden, um mit Stress oder mit für sie unangenehmen Situationen umzugehen, werden von der Gesellschaft oft nicht akzeptiert oder sind gar illegal (z.B. Drogenkonsum oder Gewaltanwendung) und können die ohnehin bestehenden Probleme verstärken. Bei Betätigungen, die die Selbstversorgung oder Freizeit betreffen, liegt die Schwierigkeit meist nicht in der Durchführung selbst, sondern in der Planung und Initiierung. Nach eigenen Aussagen kommt es aufgrund dieser Probleme bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen im Alltag zu subjektiven Einbußen der Lebensqualität.

Als ergotherapeutische Interventionen für Personen mit Persönlichkeitsstörungen werden vor allem Gruppentherapien indiziert, um die sozialen Fähigkeiten zu verbessern. Einzeltherapien werden vor allem zur Durchführung der Anamnese und zur Beurteilung der problematischen Alltagstätigkeiten genutzt. Auch bei bestimmten Persönlichkeitsstörungen, besonders jenen aus Cluster A, sind zu Beginn Einzeltherapiestunden ratsam. Ergotherapeutische Behandlungsmethoden, welche bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen zum Einsatz kommen, sind unter anderem Interventionen zur Verbesserung der Stresstoleranz, wozu Übungen zur

Verbesserung des Zeitmanagements und zur Festlegung von Zielen oder auch das Finden von Freizeitaktivitäten (z.B. Sport), die zum Stressabbau genutzt werden können, gehören. Auch das Training alltäglicher Fähigkeiten wie Kochtraining und Einkaufstraining, oder der Einsatz von kompensatorischen Strategien wie z.B. Checklisten können bei der Alltagsbewältigung hilfreich sein. Zudem konnte nachgewiesen werden, dass Programme, welche das Training sozialer und alltäglicher Fertigkeiten verbinden, bessere Ergebnisse im Hinblick auf eine selbstständige Lebensführung erzielen als einzelne Übungseinheiten. Da die sozialen Fähigkeiten vor allem bei gruppentherapeutischen Angeboten trainiert wird, können beide Bereiche, z.B. bei einer Kochgruppe, eingebracht werden. Auch Arbeitstherapie, welche zum Ziel hat einen ersten Schritt des Übergangs in den Alltag und die Arbeitswelt zu schaffen, und ausdruckszentrierte Interventionen, welche einen Zugang zu den Wünschen, Zielen und Problemen der Betroffenen schaffen können, werden in der Ergotherapie bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen eingesetzt. Zudem kann auch Genusstraining eine Möglichkeit sein, positive Ergebnisse im Hinblick der Selbstwertsteigerung und dem Aufweichen rigider Muster bei den Betroffenen zu erzielen, wie Erfahrungsberichte zeigen. Lediglich ein konkretes ergotherapeutisches Therapieprogramm konnte gefunden werden, dass *The Journey Day Service*, ein sechsmonatiges Programm, bei welchem an für die Klienten wichtigen Alltagsfähigkeiten gearbeitet wird, die sich auf die Regulation von Gefühlen und Gedanken, oder auf das Erreichen von Lebenszielen konzentrieren.

Grundsätzlich ist zu sagen, dass es keinen Goldstandard an Therapie mit dieser Klientengruppe gibt. Es werden vor allem allgemeine ergotherapeutische Behandlungsmethoden eingesetzt, welche sich nicht auf Persönlichkeitsstörungen beziehen, sondern auf die Symptomatik der einzelnen Klienten.

4.2 Schlussfolgerung für zukünftige Forschung

Nach Aufarbeitung der vorhandenen Literatur bezüglich der Alltagsprobleme und der ergotherapeutischen Interventionsmöglichkeiten bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen wird schnell klar, dass ein großer Mangel an Studien herrscht. Die wenigen Artikel, welche sich mit den Alltagsproblemen befassen, beinhalten ausschließlich qualitative Studien mit einer kleinen Population. Studien, die nachweisbar die Effektivität verschiedener ergotherapeutischer Behandlungsmethoden bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen aufzeigen, konnten keine gefunden werden. Auch auf einzelne Persönlichkeitsstörungen bezogen sind die Suchergebnisse, sowohl zu den Alltagsschwierigkeiten als auch zu möglichen Interventionen überschaubar, sofern überhaupt vorhanden. Diese Arbeit stützt sich deshalb vor allem auf Erfahrungsberichte und Therapiekonzepte von Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen, welche in Zeitschriften oder Bücher veröffentlicht, oder auch auf Kongressen vorgestellt wurden.

Wie die Studien zu den Alltagsschwierigkeiten, als auch die Erfahrungsberichte der Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen aufzeigen, ist Ergotherapie eine wichtige und nützliche Therapiemethode für Personen mit Persönlichkeitsstörungen, um den Alltag für sie und ihr Umfeld zu erleichtern und eine unabhängige Lebensführung zu ermöglichen. Gleichzeitig zeigen sie auch die Relevanz für weitere Forschungen in diesen Bereichen auf. Um evidenzbasiertes Arbeiten zu ermöglichen benötigt es Studien, die Behandlungsmöglichkeiten, welche bei dieser Klientel eingesetzt werden können, noch weiter untersuchen und möglicherweise auch neue und effiziente ergotherapeutische Therapiemethoden erforschen.

4.3 Implikationen für die Praxis

Auf Grundlage dieser Arbeit wäre es interessant, auch die Situation in Südtirol näher zu analysieren und zu untersuchen, wie Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen in Südtirol mit Personen mit Persönlichkeitsstörungen arbeiten. Durch Interviews oder Fragebögen könnte ermittelt werden, wie viele Personen mit Persönlichkeitsstörungen in Südtirol Ergotherapie in

Anspruch nehmen, wie die Therapie mit dieser Klientel hierzulande abläuft und welche ergotherapeutischen Behandlungsmethoden eingesetzt werden. Die Ergebnisse könnten neue oder auch andere, in dieser Arbeit nicht aufgelistete Therapiemethoden aufzeigen oder gar als Grundlage für zukünftige Studien in diesem Kontext genutzt werden.

Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5*. (5. Aufl., S. 883-940) Hogrefe.
- Arbesman, M. & Logsdon, D. W. (2011), Occupational Therapy Interventions for Employment and Education for Adults With Serious Mental Illness: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy*, Vol. 65(3), 238–246. doi.org/10.5014/ajot.2011.001289
- Birken, M. & Harper, S. (2017) Experiences of people with a personality disorder or mood disorder regarding carrying out daily activities following discharge from hospital. *British Journal of Occupational Therapy*.80(7):409-416. doi:10.1177/0308022617697995
- Brandt, B., Lagemann, H., Zamath, F. & Konrad, A. (2020), Ergotherapeutische Interventionsverfahren in der Psychiatrie. In B. Kubny (Hrsg.), *Ergotherapie in der Psychiatrie* (4. Aufl., S. 192-248) Georg Thieme Verlag
- Bronisch, T. (2003). Definition, Klassifikation und allgemeine Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. In S. C. Herpertz, H. Saß (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen* (1. Aufl., S. 4-16). Georg Thieme Verlag
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Hrsg.). (2022). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) (10. Revision), German Modification, Version 2023. Abgerufen 17.09.2023 von <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode suche/htmlgm2023/>
- Falklöf, I. & Haglund, L. (2010). Daily occupations and adaptation to daily life described by women suffering from borderline personality disorder. *Occupational Therapy in Mental Health*, 26(4), 354–374. doi.org/10.1080/0164212x.2010.518306

- Harding, K. (2016) Working with people with personality disorder. In J. Clewes & R. Kirkwood (Hrsg.), *Diverse roles for occupational therapists*. (S. 237-250) M & K Update Limited.
- Hengartner, M. P., Müller, M., Rodgers, S., Rössler, W. & Ajdacic-Gross, V. (2013). Occupational functioning and work impairment in association with personality disorder trait-scores. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(2), 327–335. doi.org/10.1007/s00127-013-0739-2
- Herpertz, S. (2003). Ätiologie: Biologische Störungsmodelle. In S. C. Herpertz, H. Saß (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen* (1. Aufl., S. 17-26). Georg Thieme Verlag
- Herpertz, S. & Saß, H. (2003). Allgemeine Epidemiologie, Verlauf und Prognose. In S. C. Herpertz, H. Saß (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen* (1. Aufl., S. 165-166). Georg Thieme Verlag
- Horton, A., Hebson, G., & Holman, D. (2021). A longitudinal study of the turning points and trajectories of therapeutic relationship development in occupational and physical therapy. *BMC health services research*, 21(1), 97. doi.org/10.1186/s12913-021-06095-y
- Kubny, B. (2020). Klassifikation psychischer Erkrankungen. In B. Kubny (Hrsg.), *Ergotherapie in der Psychiatrie* (4. Aufl., S. 54-66) Georg Thieme Verlag
- Kubny, B. & Konrad, M. (2020). Persönlichkeitsstörungen. In B. Kubny (Hrsg.), *Ergotherapie in der Psychiatrie* (4. Aufl., S. 312-338) Georg Thieme Verlag
- Larivière, N., Denis, C., Payeur, A., Ferron, A., Lévesque, S. & Rivard, G. (2016). Comparison of objective and subjective life balance between women with and without a personality disorder. *Psychiatric Quarterly*, 87(4), 663–673. doi.org/10.1007/s11126-016-9417-3
- Larivière, N., Desrosiers, J., Tousignant, M. & Boyer, R. (2010). Exploring social participation of people with Cluster B personality disorders. *Occupational Therapy in Mental Health*, 26(4), 375–386. doi.org/10.1080/0164212x.2010.518307

- Lehmnacher, D. & Tilly, C. (2011, 18. November) Patienten mit Persönlichkeitsstörungen in der Arbeitstherapie [Konferenzbeitrag]. *Ergotherapie bei Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung*, Köln, Deutschland
- Liddle, J. & McKenna, K. (2000). Quality of Life: An Overview of issues for use in Occupational therapy outcome Measurement. *Australian Occupational Therapy Journal*, 47(2), 77–85. doi.org/10.1046/j.1440-1630.2000.00217.
- Magnavita, J. J. (2004). Classification, Prevalence, and Etiology of Personality Disorders: Related Issues and Controversy. In J. J. Magnavita (Hrsg.), *Handbook of Personality Disorders: Theory and Practice* (1. Aufl., S. 3-23) John Wiley & Sons, Incorporated
- Ministero della Salute (Hrsg.). (2022). Rapporto sulla salute mentale 2021. <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=5014&area=salute%20mentale&menu=vuoto>
- McGurk, S. R., Mueser, K. T., Mischel, R., Adams, R., Harvey, P. D., McClure, M. M., Look, A. E., Leung, W. & Siever, L. J. (2013). Vocational functioning in schizotypal and paranoid personality disorders. *Psychiatry Research-neuroimaging*, 210(2), 498–504. doi.org/10.1016/j.psychres.2013.06.019
- Nott, A. (2014). Understanding Persons with Personality Disorders: Intervention in Occupational Therapy. In R. Crouch & V. Alers (Hrsg.), *Occupational therapy in psychiatry and mental health* (1. Aufl., S. 419-434) John Wiley & Sons, Incorporated
- Pfeiffer, A. & Pott, J. (2010, 18. November) Genusstraining oder: Das „Gute“ in A [Konferenzbeitrag]. *Ergotherapie bei Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung*, Köln, Deutschland
- Potvin, O., Vallée, C., & Larivière, N. (2019). Experience of Occupations among People Living with a Personality Disorder. *Occupational therapy international*, 2019, 9030897. doi.org/10.1155/2019/9030897

- Rocamora-Montenegro, M., Compañ-Gabucio, L. M., & Garcia de la Hera, M. (2021). Occupational therapy interventions for adults with severe mental illness: a scoping review. *BMJ open*, 11(10), e047467. doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047467
- Sansone, R. A. & Sansone, L. A. (2010). Personality dysfunction and employment dysfunction: double, double, toil and trouble. *Psychiatry (Edgmont (Pa. : Township))*, 7(3), 12–16.
- Taylor, R. R., Lee, S. W., Kielhofner, G., & Ketkar, M. (2009). Therapeutic Use of Self: A Nationwide Survey of Practitioners' Attitudes and Experiences. *The American Journal of Occupational Therapy*, 63(2), 198-207. doi.org/10.5014/ajot.63.2.198
- Thompson, R., Payne, S. C., Horner, M. T. & Morey, L. C. (2012). Why borderline personality features adversely affect job performance: The role of task strategies. *Personality and Individual Differences*, 52(1), 32–36. doi.org/10.1016/j.paid.2011.08.026
- Tyrer, P. (2014). Personality disorders in the workplace. *Occupational Medicine*, 64(8), 566–568. doi.org/10.1093/occmed/kqu113
- Tyrer, P., Reed, G. M., & Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet (London, England)*, 385(9969), 717–726. doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61995-4
- Volkert, J., Gablonski, T. & Rabung, S. (2018). Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 213(6), 709-715. doi:10.1192/bjp.2018.202
- WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41, 1403–1409.

World Health Organisation (Hrsg.). (2012) The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: <i>Prävalenz der behandelten Patienten in Südtirol eingeteilt in die Diagnosegruppen - Rate pro 10.000 Einwohner.....</i>	<i>14</i>
Abbildung 2: <i>Prävalenz der behandelten Patienten in Italien eingeteilt in die Diagnosegruppen - Rate pro 10.000 Einwohner.....</i>	<i>15</i>
Abbildung 3: <i>Prävalenz der behandelten Patienten mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen in Italien - Raten pro 10 000 Einwohner.....</i>	<i>16</i>
Abbildung 4: <i>Zusammenfassung der Schwierigkeiten von Personen mit Persönlichkeitsstörungen.....</i>	<i>26</i>

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: <i>Einteilung der Persönlichkeitsstörungen (PS) nach DSM-5 und ICD-10.....</i>	<i>5</i>
Tabelle 2: <i>Übersicht über die Persönlichkeitsstörungen (PS) nach DSM-5</i>	<i>11</i>

Plagiat

Als einzige Verfasserin dieser Diplomarbeit hafte ich im Sinne des gesetzlichen Urheberrechtes für deren Inhalt. Ich erkläre, diese Arbeit unter Einhaltung der geltenden Urheberrechte und der Bestimmungen des Zivilgesetzbuches persönlich erstellt zu haben.

Datum:

Unterschrift: