

# Anamneseerhebung, Diagnostik und Intervention am Beispiel einer psychiatrischen Patientin mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ

---

Abschlussarbeit für die fachspezifische Ausbildung in Existenzanalyse

Mai 2018

Eingereicht bei: Dr. phil. Silvia Längle, Eduard-Süß-Gasse 10, 1090 Wien, Erstleserin

Eingereicht bei: PD Dr. med. Dr. phil. Alfried Längle, Eduard-Süß-Gasse 10, 1090 Wien Zweitleser

Ersteller: Mag. (FH) Roland Blum, Landstraße 38/6, 6900 Bregenz

## Inhalt

Zusammenfassung .....	3
Einleitung – warum dieses Thema .....	4
Aufbau der vorliegenden Arbeit .....	5
Verlaufsmodell der Zusammenarbeit im Krankenhaus .....	6
Therapiebeginn:.....	6
Anamnesen:.....	6
Diagnose nach ICD-10 .....	7
Diagnose nach der Existenzanalyse .....	8
Kontrollparameter zum Krankheitsverlauf.....	8
Klinikaustritt .....	8
Der Verlauf und der Zusammenarbeit im Krankenhaus am Beispiel der Patientin Elisabeth.....	10
Patientenaufnahme und Therapiebeginn: .....	10
Der Erstkontakt und Anamnesen:.....	11
Phänomenologie des Erscheinungsbildes: .....	12
Familiensystem .....	12
Beziehungskonstrukte in den unterschiedlichen Lebensphasen.....	13
Pflegekinder.....	14
Drogenanamnese:.....	14
Berufsanamnese .....	15
Traumaanamnese .....	15
Sexualachse inkl. Orgasmusverhalten.....	15
Sonstige schwere Pathologien.....	16
Selbstmordgedanken und Selbstmordversuche:.....	16
Entlassung aus dem stationären Setting: .....	16
Ein weiterer stationärer Aufenthalt.....	17
Die Diagnose:.....	18
ICD-10:.....	18
F60 spezifische Persönlichkeitsstörungen(nach ICD 10) .....	18
F60.31 Borderline Typ .....	19
Die Diagnostik in der Existenzanalyse.....	20
Das dialektische Verständnis .....	20
Diagnose durch personale Grundmotivation .....	23
Diagnose durch Personale Existenzanalyse.....	23
Die Persönlichkeitsstörung im Generellen .....	24

Die Persönlichkeitsstörung des Selbst.....	24
Ergänzende Verwendung der Diagnosen von ICD-10 und EA .....	27
Die Interventionslogik auf Basis der Grundmotivationen.....	28
Die Themen der Ersten Grundmotivation .....	29
Die Themen der Zweiten Grundmotivation.....	32
Die Dritte Grundmotivation.....	36
Resümee: Existenzanalytische Therapie der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ. ....	38
Zusammenfassung und persönliches Resümee der Behandlung .....	40
Literaturverzeichnis: .....	41
Anhang.....	41

## Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit schildert die psychotherapeutischen Abläufe im Landeskrankenhaus Rankweil. Der Fokus liegt dabei auf der Integration der Existenzanalyse in den Klinikbetrieb. Exemplarisch wird dabei die Diagnostik und Behandlung einer Patientin mit der Diagnose der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ betrachtet. Die existenzanalytische Diagnostik wird dabei mit der Diagnostik nach ICD-10 komplementiert. Die persönlichen Lernerfahrungen des Autors in der Weiterführung der Behandlung in der eigenen Praxis runden die Arbeit ab.

Schlüsselwörter: Existenzanalyse, Diagnostik, Behandlung, Borderline, Verlaufsmodell

The current essay takes a view on how psychotherapy-processes are working in the local psychiatry in Rankweil. The focus will be on the existential analysis. As an example the diagnostics and treatment of a patient, suffering from an unstable personality disorder of Borderline-type will be used to demonstrate the processes. The diagnostic of existential analysis are expanded by ICD-10. The own learning experience and the prospect of future work wind the essay up.

Key words: existential analyses, diagnostic, treatment, Borderline, treatmentprocess

## Einleitung – warum dieses Thema

Die vorliegende Arbeit gilt als Abschlussarbeit zum Psychotherapeutischen Fachspezifikum der Existenzanalyse. Es ist somit ein Ende einer für mich prägenden Zeit. Gleichzeitig ist es aber auch der Beginn jener Phase in meinem Leben, auf welche ich mich so viele Jahre persönlich als auch fachlich vorbereitet habe: Die Zeit, in welcher ich als Psychotherapeut selbständig tätig sein darf. Dies ist für mich wichtig, um meine weiteren Ausbildungsschritte in Richtung Traumaarbeit und Sexualtherapie fortführen zu können.

Der Themenkomplex, die Pathologie der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ, ist in meinem beruflichen Alltag auf der Erwachsenenpsychiatrie im Landeskrankenhaus Rankweil vielfach präsent. Auch in meiner privaten psychotherapeutischen Praxis finden sich zunehmend Patienten mit dieser Diagnose ein. Auch berührt es mich immer wieder, wie diese Patienten unter der bedingten Symptomatik, wie z.B. gestörter Affektregulation, selbstverletzenden Handlungen, Suizidgedanken und –handlungen, speziellen Paraphilien leiden. Dass es eine hohe Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen gibt, finde ich ergänzend spannend und fordernd zugleich. Die zugrunde liegenden Lebensgeschichten berühren mich und geben mir wichtige Hinweise auf psychoedukative Inhalte. Dass über 96 % der Patienten zusätzlich an depressiven Symptomen, 89 % an ergänzende Angststörungen und 64 % unter Substanzmissbrauch oder –abhängigkeit leiden (vgl. Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie 7. Auflage 2012, K.Lieb e.al, Klinik Verlag) führt, zeigt die Relevanz der Behandlung dieses Störungsbildes auf.

## Aufbau der vorliegenden Arbeit

In der vorliegenden Arbeit beginne ich mit einem Verlaufsmodell über die Zusammenarbeit im Krankenhaus. Dies erfolgt sowohl als allgemein gültige Beschreibung als auch am Beispiel der Patientin Elisabeth, wodurch ich jene auch vorstelle. Es folgt eine Zusammenfassung nach ICD-10, den hauptsächlich in Europa verwendeten Indikationskriterien für psychiatrische Erkrankungen. In der vorliegenden Arbeit werden sie als Messkriterien der Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ verwendet.

Dieser Beginn ist mir wichtig, da die interdisziplinäre Arbeit im Krankenhaus eine gemeinsame Sprache über die unterschiedliche Fachdisziplinen hinweg notwendig macht. Denn im Kontext meiner beruflichen Tätigkeit seit 2012 als Psychotherapeut im Landeskrankenhaus Rankweil kommt man ohne ein gemeinsames Wording nicht zurecht. Da die Fachärzt\*innen der Psychiatrie und Neurologie unterschiedliche Psychotherapieschulen kennen gelernt haben, hören wir regelmäßig andere Zugänge zu Pathologien. Aufgrund der hohen, auch ausbildungsbedingten, Fluktuation bei den Ausbildungsärzten beschleunigt und vereinfacht ein gemeinsames Wording die Zusammenarbeit. Dies gilt auch für Pflege und weitere Fachdisziplinen

Um es zu visualisieren, stelle ich auf Basis der Diagnosekriterien nach ICD-10 – dem gemeinsamen wording - die Patientin Elisabeth vor. Das Verlaufsmodell im Hintergrund führe ich die Diagnostiken an und beschreibe die Therapie der Existenzanalyse bei Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ. Nur anführen, werde ich somatische Symptome und psychopharmakologische Behandlung, da sie für mich in der Behandlung relevant sind, den Rahmen dieser Arbeit aber sprengen würden und nicht meiner Kernkompetenz entsprechen. Ich werde in der Arbeit aufzeigen, wie die Diagnosekriterien nach ICD 10, die unterschiedlichen Interventionsformen, die Psychopharmakotherapie und natürlich die Existenzanalyse ineinander greifen.

Zum Abschluss fasse ich die Therapiephasen zusammen und gebe ein Resümee über die Behandlung.

## Verlaufsmodell der Zusammenarbeit im Krankenhaus

Der Erfolg einer Behandlung eines Menschen, welcher an einer psychischen Erkrankung leidet, wird definiert durch die optimale Zusammenarbeit aller beteiligten Personen. Dies beginnt bei der Haltung des Patienten, ohne welchen eine erfolgsversprechende Behandlung nicht möglich ist. Sie ist weiter beeinflusst durch die primär agierenden, engagierten Disziplinen im Krankenhaus wie z.B. Ärzte, Pflege, Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, Aktivierungstherapeuten, Sporttherapeuten etc. Aber auch supportive Disziplinen, wie Ernährungsberatung, Küchenpersonal oder Reinigungskräfte, spielen eine nicht zu unterschätzende Rolle bei der Genesung eines Patienten.

### Therapiebeginn:

Es gibt unterschiedliche Eingangskanäle, wie ein Patient ins Landeskrankenhaus Rankweil kommen kann:

- Zuweisung durch einen niedergelassenen Facharzt
- Zuweisung durch einen Hausarzt
- Zuweisung durch einen Amtsarzt (meistens kommt der Patient dann mit Rettung und Polizei)
- Ungeplante, durch den Patienten selbst initiierte Aufnahme über die psychiatrische Ambulanz (24 Stunden am Tag, 365 Tage im Jahr)
- Geplante Aufnahme, z.B. über die sogenannte Suchtliste oder zur Traumatherapie

Abhängig von der Zuweisungsart besteht entweder keine Diagnose, eine Verdachtsdiagnose oder eine weitgehend verifizierte Diagnose.

An diesem Punkt beginnt nun die aktive Arbeit durch Ärzte und Psychotherapeuten des LKH-Rankweil. Die etwaig vorhandene Diagnose muss überprüft und verifiziert werden.

Während des ärztlichen Aufnahmeverfahrens wird vor allem eine erste psychiatrische und etwaig vorhandene somatische Diagnose gestellt. Der Organstatus wird überprüft.

Zusätzlich braucht es umfangreiche Anamnesen, über den Leidensweg besser verstehen zu können.

### Anamnesen:

Nach erteilter Zuweisung durch den Facharzt beginne ich als Psychotherapeut mit den unterschiedlichen Anamnesen. Eine präzise Anamnese mache ich in speziellen, zugewiesenen Fällen deswegen, da wir im LKH-Rankweil einen notorischen Ärztemangel haben. Mehrere Arztstellen sind laufend unbesetzt. Dies fordert zusätzlich eine Verschiebung von Aufgabenfeldern von den Ärzten hin zu anderen Fachdisziplinen, wie z.B. zur Psychotherapie und Psychologie.

In der Anamnese werden pathologierelevante Erlebnisse und Ereignisse in Struktogrammen und Zeitachsen eingetragen. Folgende Themenkomplexe werden von mir abgefragt, bzw. erarbeitet:

- Phänomenologie des Erscheinungsbildes
- Familiensystem
- Beziehungskonstrukte in den einzelnen Lebensphasen
- Drogenanamnese (C2, THC, Benzodiazepine, Heroin, Nikotin, chemische Drogen, Verhaltenssüchte)
- Berufsanamnese
- Traumaanamnese
- Sexualachse inkl. Orgasmusverhalten
- Symptomachse (basierend auf der ärztlichen Erstdiagnose)
- Sonstige schwere Pathologien (Psychosen, Phobien, Paraphilien, Depressive- oder manische Episoden)
- Selbstmordgedanken und Selbstmordversuche (auch erweiterte Suizidgedanken)
- Soweit bekannt: Art der Geburt (Kaiserschnitt, normale Geburt, Komplikationen)
- Defizite/Störungen in den Grundmotivationen

Ein Anamnesebogen kann dem Anhang entnommen werden (Anhang 1)

## Diagnose nach ICD-10

Eine meiner Aufgaben als Psychotherapeut im Krankenhaus ist die Diagnosestellung nach ICD-10. Die gesammelten Informationen aus der Anamnese filtere ich und erstelle ein Matching zu den einzelnen möglichen Varianten. Mit diesem Schritt verifiziere ich die Fremddiagnose externer Ärzte und Psychotherapeuten und die Erstdiagnose der psychiatrischen Ambulanz. An diesem Punkt kommt wieder die Notwendigkeit einer gemeinsamen Sprache zum Vorschein. Ohne gemeinsame Sprache kann kein effizienter und effektiver Therapieplan, vor allem keine Medikation erstellt werden.

Die Kriterien, welche zur Diagnose führten, werden im Interteam durch mich vorgestellt. Die anderen Fachdisziplinen bestätigen, ergänzen oder berichten von anderen Erscheinungsbildern durch ihre Beobachtungen meine erstellte Diagnose. Das Interteam ist eine wöchentlich stattfindende Sitzung, in welcher die maßgeblichsten Fachdisziplinen anwesend sind, um sich über alle Patienten der Station auszutauschen.

Ergänzend gibt es das Kernteam, in welchem einmal pro Woche ein komplexer Patientenfall, sofern vorhanden, durch die Disziplinen Ärzte, Pflege, Ergotherapie und Psychotherapie analysiert und eine interne und externe Kurz-, Mittel- und Langfristplanung erstellt wird. Auch hier, da auch extramurale Einrichtungen betroffen sind, braucht es eine gemeinsame Sprache.

## Diagnose nach der Existenzanalyse

Meine psychotherapeutischen Interventionen basieren schwerpunktmäßig auf der Existenzanalyse. Sie bietet mir meinen eigenen roten Faden, wie ich meine Therapie aufbaue. Aufgrund der vier Grundmotivationen setzte ich, abhängig von der Pathologie und dem Patienten existenzanalytische, systemische, traumatherapeutische oder sexualtherapeutische Interventionen. Aufgrund des Zwecks dieser Arbeit werde ich nur die Existenzanalytischen Ansätze beschreiben.

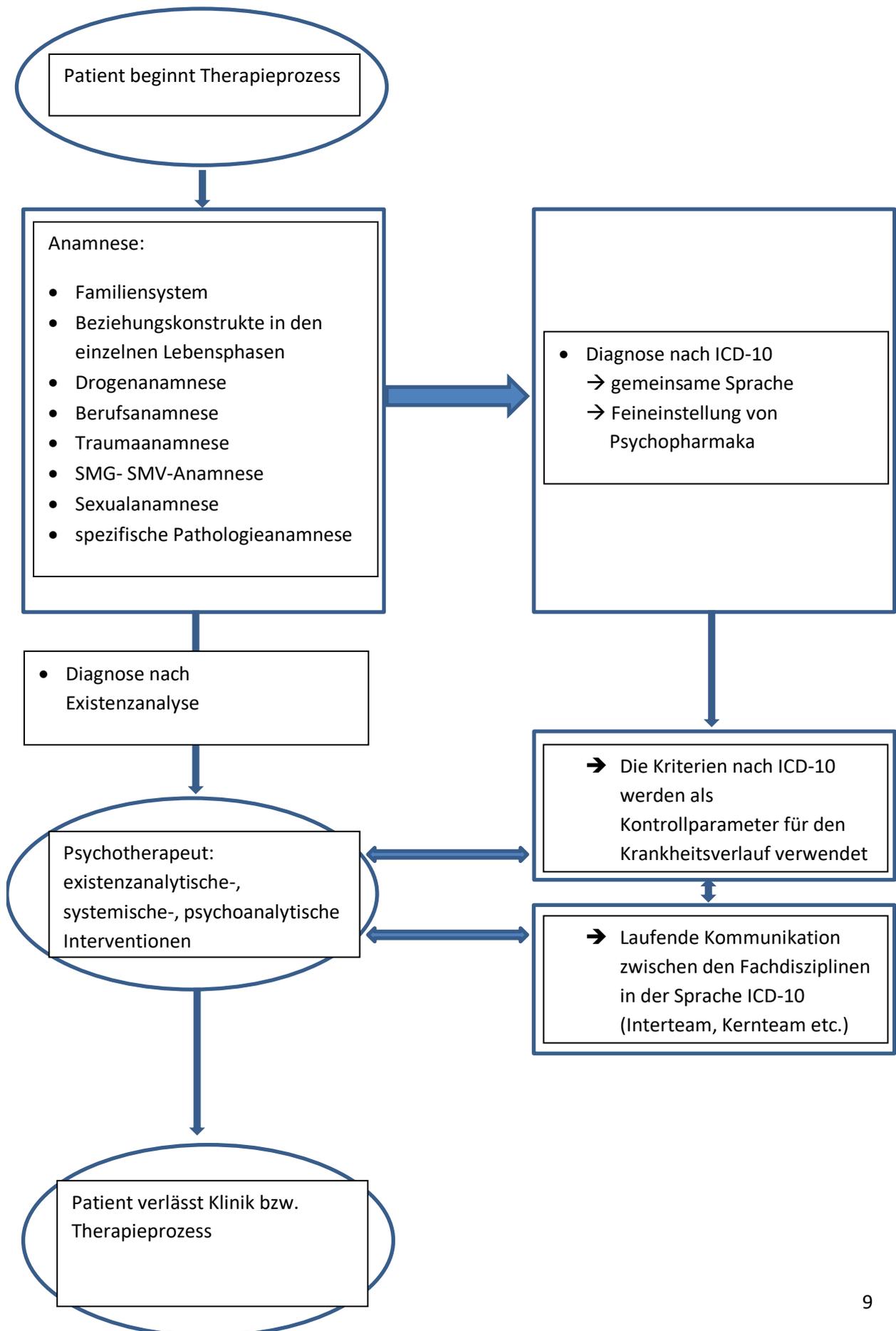
## Kontrollparameter zum Krankheitsverlauf

Die Kriterien, welche zur Diagnosestellung nach ICD-10 geführt haben, werden gleichsam als Kontrollparameter verstanden. Im schon bereits kurz skizzierten Interteam werden die festgestellten Kriterien auf fortlaufendes Vorhandensein überprüft. Die Diagnose wird somit immer wieder auf ihre Korrektheit überprüft, oder ob z.B. Komorbiditäten sichtbar werden. Diese Kontrollparameter liefern auch zentralen Input für die Psychopharmakotherapie. Die Parameter werden existenzanalytisch erhoben, aber ICD-10 gemäß kommuniziert.

## Klinikaustritt

Sinken die Kontrollparameter auf ein Niveau, auf welchem eine extramurale Anbindung möglich ist, und auch keine Selbst- und Fremdgefährdung vorliegt (vergleiche diesbezüglich § 8 des Unterbringungsgesetzes vom 20.8.2016, Rechtsinformationssystem des Bundeskanzleramts) bemühen wir uns mit dem Patienten um einen niedergelassenen Psychotherapeuten und einen Psychiater. Die schriftliche Kommunikation des Landeskrankenhauses geht immer über den Chefarzt (gegenwärtig Chefarzt Dr. Jan Di Pauli), welcher auch gleichzeitig mein direkter Vorgesetzter ist (in Linienaufgaben, fachlich hat er keine Weisungskompetenz). Sollte eine mündliche Kommunikation notwendig sein gibt es einen standardisierten Prozess, in welchem der Patient mich der Verschwiegenheit gegenüber einer Institution oder einem Arzt oder einem Psychotherapeuten entbinden kann. Ist dies erfolgt, so erfolgt ein Informationsaustausch zu dem übernehmenden Arzt oder Psychotherapeut. Auch hier braucht es die gemeinsame Sprache des ICD-10.

Standardverlaufsmodell auf E3 im Landeskrankenhaus Rankweil



## **Der Verlauf und der Zusammenarbeit im Krankenhaus am Beispiel der Patientin Elisabeth**

Die nachfolgenden Beschreibungen sollen am konkreten Beispiel der Patientin Elisabeth die Behandlung im Landeskrankenhaus Rankweil nach dem oben dargestellten Schema verständlich machen.

### **Patientenaufnahme und Therapiebeginn:**

Am 21. April 2013 und am 22. April 2013 versuchte die Patientin, sich das Leben zu nehmen. Beide Male führte Elisabeth den Selbstmordversuch mit Rotwein und Lorazepam durch.

Beim aktuellen ersten Versuch, war die Dosierung so niedrig, die davorliegenden Versuche schon so manigfaltig, dass der Ehemann von Elisabeth den nach seinen Angaben koma-ähnlichen Zustand nicht ernst nahm und sie zu Hause ausnüchtern lies.

Der am nachfolgenden Tag stattfindende Versuch war dem Gatten zu Folge so heftig, dass er Rettung und Polizei informierte. Der hinzugezogene Amtsarzt attestierte der amtsbekannten Elisabeth (aufgrund mehrerer Suizidversuche) die weitgehend verifizierte Diagnose der Emotional instabiler Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ, F60.31

Da akute Selbstgefährdung bestand, wurde die Patientin in das Landeskrankenhaus Rankweil überstellt. Dort erfolgte die Aufnahme auf die Akutstation E1. Die Station E1 ist in direktem Austausch mit der hausinternen Intensivstation O1, wo umgehend intensiv-medizinisch reagiert werden kann. Beide Stationen sind im steten Austausch mit der Vergiftungszentrale in Zürich, Schweiz, mit welcher wir eng zusammen arbeiten. Die Station E1 ist ein halb geschlossene Einheit, welche einen hohen Personalschlüssel (Personal zu Patienten) aufweist. Hier kann eine hohe Betreuungsintensität gewährleistet werden. An dieser Stelle möchte ich auf die „Leitliniengerechte stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung – Normative Personalbedarfsermittlung“ von M. Bohus et al (2016) verweisen, welcher auf den Bedarf eines hohen Personalschlüssel bei F60.31 hinweist.

Von ärztlicher Seite wurde dann am folgenden Tag ergänzend nach dem ersten Anamnesegespräch die Diagnose Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol, Intoxikation und Abhängigkeit, F10.0, F10.2 vergeben. Aufgrund der Mischintoxikation und der sedierenden Medikation stützte sich das Gespräch auf Dokumentation von Voraufenthalten im LKH-Rankweil, Fremdbefunden und weiteren hausinternen, klinischen Abklärungen.

Folgende somatischen Diagnosen waren zu berücksichtigen:

Vit.B12 Mangel

Z.n. Hysterektomie (Entfernung der Gebärmutter)

Z.n. Gastric-Banding (Magenband bei Adipositas) mit

Z.n. Fettschürzenresektion 1997

Z.n. Mammareduktionsplastik (Brustverkleinerung) beidseits

Z.n. CHE (Gallenblasenentfernung)

Z.n. Diskusprolaps (Bandscheibenvorfall)

Z.n. TBC als Kind

Im LKH-Rankweil, auf der Erwachsenenpsychiatrie bin ich zuständig für die Stationen E1 und E3. Zusätzlich betreue ich auf allen Stationen Patienten mit Sexualstörungen.

Da es bereits zu vier, teilweise kurzen, stationären Aufenthalten bei Elisabeth gekommen war, wurde Elisabeth frühzeitig mir zugewiesen. Die Zuweisung erfolgt mit einem standardisiertem elektronischen Formular, in welchem beim zuständigen Psychotherapeuten um Ressourcen angefragt wird. Der Psychotherapeut entscheidet dann, ob er den oder die Patientin annimmt. Es besteht hier kein Weisungsrecht von Seiten der Ärzte an die Fachdisziplin Psychotherapie.

Nach Rücksprache mit dem leitenden Facharzt und meiner Ressourcenprüfung begann ich mit der Therapieplanung. Nebst meinen Ressourcen ist es für mich vor allem auch die Benzodiazepin-Dosierung relevant, da statistisch gesehen, Psychotherapie im Normalfall bei einer Sedierung von mehr als 3 (4) mg Benzodiazepin, vernachlässigende Wirkung zeigt.

## **Der Erstkontakt und Anamnesen:**

### ***Die erste Begegnung:***

Der Erstkontakt erfolgte bei einer stationären Aufnahme im Landeskrankenhaus Rankweil, nachdem sich Elisabeth bei Lebensüberdross wegen exogenen Belastungsfaktoren mit 26 Tabletten Temesta zu 1mg intoxikiert hatte. Bereits einige Tage zuvor hatte sich Elisabeth mit 20 Tabletten Temesta zu 1mg intoxikiert und war für zwei Tage im LKH Hohenems zur Behandlung gewesen. Bezüglich des Alkoholkonsums lagen unterschiedliche Angaben vor: Elisabeth verneinte Alkoholkonsum in den letzten Monaten. Laut Tochter bestanden aber Hinweise auf starken Bier- und Weinkonsum in den letzten Wochen und Monaten. Auch die Laborbefunde gaben Hinweise auf starken Alkoholkonsum.

Elisabeth war während der Aufnahmesituation wach, müde, zu Ort, Situation und Person orientiert, zeitlich nur grob orientiert, im formalen Denken etwas verlangsamt, wortkarg, ideenarm, Konzentration war etwas reduziert, Auffassung intakt. Es waren keine inhaltlichen Denkstörungen,

keine Ich-Störungen, keine Wahrnehmungsstörungen erhebbar. In der Stimmung wirkte Elisabeth gedrückt, im Affekt abgeflacht, im Antrieb vermindert (unter Lorazepam einfluss). Psychomotorisch zeigte sich Elisabeth verlangsamt, Schlaf war ihren eigenen Angaben intakt, ebenso Appetit. Elisabeth distanzierte sich zum Aufnahmezeitpunkt von konkreten aktuellen Suizidplänen, war paktfähig. Dies war insofern beachtenswert, da ca. 2½ Stunden vor Aufnahme eine Medikamentenintoxikation in angeblich suizidaler Absicht erfolgt war. Fremdgefährdung war nicht eruierbar.

Vom 21. auf 22.4.2013 erfolgte nach der ersten Intoxikation eine stat. Überwachung im LKH Hohenems, nach der dortigen Entlassung und einer ambulanten Vorstellung bei mir, um eine geplante Aufnahme im Landeskrankenhaus Rankweil zu planen, nahm Elisabeth erneut 26mg Lorazepam mit Rotwein ein, ihren Angaben nach aus Kummer über den sich jährenden Entzug ihrer zwei Pflegekinder und die verhängte Kontaktsperre zu diesen. Über beide Suizidversuche hatte die Patientin andere Personen per SMS informiert.

Die Patientin fügte sich rasch und weitestgehend komplikationslos in den Stationsalltag ein und fand Anschluss an ihre Mitpatienten.

## Phänomenologie des Erscheinungsbildes:

Um einen ersten, etwas privaten Eindruck zu bekommen, besuchte ich Elisabeth unangemeldet auf Ihrem Zimmer, um die Rahmenbedingungen der Psychotherapie zu klären und den ersten Termin zu vereinbaren. Elisabeth saß auf ihrem Bett, schien zu schwanken. Sie nahm mich nur begrenzt wahr. Es schien, als ob sie durch mich durch schauen würde. Sie wirkte auf mich wie ein kleines Kind in einem viel zu großen Körper. Die Kleidung passte nicht zusammen. Das Micky-Maus T-Shirt war (trotz ihrer 120 kg) viel zu groß und mit Flecken übersät. Einen selbstgestrickten Socken hat sie an, an dem zweiten strickte sie gerade. Die Patientin wirkte aufgedunsen und schwammig. Auf meine Erklärung der Freiwilligkeit der Psychotherapie antwortet sie mit unklaren, unstrukturierten Sätzen. Inhalt war dabei irgendwie, dass man ihr Nicco genommen habe und sie nun niemanden mehr habe, um zu lieben. Sie wirkte dabei haltlos und desorientiert. Tränen rannen über ihr Gesicht, aber die Traurigkeit war für mich nicht wirklich zu spüren.

## Familiensystem

Verheiratet mit Johannes (nach Angaben von Elisabeth würde eine leichte Intelligenzminderung vorliegen – bei einer später stattfindenden Aussenanamnese wirkte Johannes auf mich aber durchschnittlich intelligent und hatte eine Führungsposition in einem größeren schweizerischen Unternehmen inne), 4 Kinder (Christian 21, Sarah 19, Julia 16 und Fiona 13). Vater (Alkoholiker) früh verstorben, Stiefvater (Alkoholiker), Mutter (Alkoholikerin), 4 Brüder (2. Ältester wohnt bei der Patientin). Einkommensschwache Familie (jene zeigte sich bei einem lokalen Familiengespräch als Familie in der gehobenen Mittelschicht mit neuerem Einfamilienhaus und 4(!) neueren Fahrzeugen, welche der Familie gehörten (inkl. BMWX5). Alle Kinder zeigen massives Übergewicht, der Sohn hat u.a. nach einer Magen-Bypass-OP starke Ess-Irritationen gezeigt, welche immer wieder zu fordernden

Situationen für die ganze Familie, vor allem aber Elisabeth führte (Fressverhalten und Erbrechen). Die Großfamilie sei zerstritten, man rede kaum miteinander und Elisabeth müsse alle Probleme der Familie lösen, auch jene der Mutter. Zur Mutter würde ein sehr schlechter Kontakt bestehen, obwohl sie täglich mindestens eine Stunde mit ihr telefonieren würde. Mit ihren Geschwistern sei sie ebenfalls in laufendem Konflikt, weil man ihr immer wieder vorwerfen würde, dass Elisabeth sich in alles einmischen würde.

Zu Johannes beschreibt sie ein schwieriges Verhältnis, welches auf mich ambivalent wirkt: Einerseits wirft sie ihm zum Beispiel vor, dass er mit ihr zu wenig weg gehen würde, wünscht sich aber gleichzeitig, dass er mehr alleine weg gehen soll. Johannes würde sie innerhalb und außerhalb der Familie blamieren. Sie kann dies aber lediglich so beschreiben, dass er „blöd“ tun würde, ohne dies noch mehr präzisieren zu können. Sie beschreibt auch, dass sie Johannes nicht umarmen könne, weil es ihr dann so eng werden würde. Sie sieht Johannes wie ein kleines Kind.

Oft wünsche sie sich einen Hirnschlag, dann könnte sie den Kindern zeigen, was sie an ihr gehabt hätten. Elisabeth schlägt auch immer wieder ihre Kinder, vor allem Julia, weil sie so hilflos sei und Johannes zu allem immer schweigen würde.

Auch zur Mutter beschreibt sie ein schwieriges Verhältnis: "Wäre froh gewesen, wenn mich meine Mutter geschlagen hätte, dann hätte ich sie wenigstens gespürt. Höre immer wieder, wie mich meine Mutter als Drecksau, Hure, Schlampe bezeichnet hat."

Mutter habe immer wieder zur Patientin gesagt: „Du Dreckschlampe, hätte ich Dich doch nur abgetrieben.“

Zusätzlich kommt es zu laufenden Verschiebungen von Verantwortlichkeiten innerhalb der erweiterten Großfamilien.

## Beziehungskonstrukte in den unterschiedlichen Lebensphasen

Im frühen Kindesalter sei Elisabeth für ein Jahr aufgrund von TBC-Verdacht nach Viktorsberg gekommen. Elisabeth habe das wie eine „Abschiebung“ erlebt, da Papa im Gefängnis und Mutter in Gaisbühel gewesen sei. Man hätte sie nicht mehr daheim haben wollen und drum die Krankheit erfunden.

Elisabeth beschreibt intensive Freundschaften während der Volksschul- und Hauptschulzeit. Man habe immer „alles“ miteinander gemacht. Die Schulfreundschaften hätten aber immer nur mehrere Monate gedauert. Lang andauernde Beziehungen, wie z.B. Freundschaften kennt sie bis zum zwanzigsten Lebensjahr nicht.

Eine stabilisierende Position würde eine Nachbarin der Mutter (sie wohnt in der Steiermark) einnehmen. Für Elisabeth sei sie immer die Wunschmutter gewesen.

Elisabeth beschreibt sich in Beziehung, als ob sie ins Bodenlose falle – alle (auch unbekannte Personen) stünden über ihr und würden sie auslachen. Dies zeigt sich auch in wiederkehrenden Träumen: „Ich stehe auf einer Leiter mit Sprossen. Es ist dunkel. Ich klettere nach oben und die Sprossen brechen und ich falle in unendliche Tiefen.“

Für Elisabeth gäbe es keinen sicheren Ort. Keinen! Auch jetzt daheim nicht, da sie jeder ausspionieren würde. Am ehesten fühle sie sich im Auto wohl, denn da kann niemand herein und sie fahre hin wo sie wolle...

## **Pflegekinder**

(explizit angeführt, da deren Entzug zur Suizidalität geführt habe)

Zu Ihren Pflegekinder (Nicco 7 und Jasmin 12) hätte sie einen sehr guten Kontakt gehabt. Die Pflegekinder wurden ihr aber durch die Jugendwohlfahrt entzogen. Elisabeth sah sich im Dilemma: „Ich darf die Pflegekinder nicht mehr sehen, darf keinerlei Kontakt haben, beziehe aber meine Wertigkeit durch die Kinder. Sehe kein Licht mehr. Leben kommt zu mir, wenn ich Kinder um mich habe.“ Die Pflegekinder seien auch ihre einzige Einnahmequelle.

„Kann nicht böse sein auf andere, aber bin sehr böse auf mich“

Elisabeth neigt auch zu radikalen Formulierungen: "Nicco kommt ins Gefängnis und Yasmin wird wie ich zur Hure, wenn ich sie nicht bei mir habe und beschütze." "Ich bin hungrig und gierig nach Yasmin und Nicco!"

Elisabeth würde es schmerzen, dass sie ihre Gefühle für die Pflegekinder nicht weitergeben dürfe (an jene, die sie brauchen); Sie bräuchte diese Emotionen für sich selbst. Sie bräuchte Geborgenheit, formuliert sie und möchte sich fallen lassen können. Dies würde sie aber bei niemandem können.

Auf der Station neigt Elisabeth zur Spaltung und zu Übertragungen unter den Mitarbeitern. Elisabeth schwärzt die einzelnen Mitarbeiter gegeneinander an.

Auch gegenüber zentralen Beziehungen lässt sie sich wenig ein. Als Beispiel sei hier angeführt, dass vor 15 Jahren „die beste Freundin die man überhaupt haben kann“ an einem Sekundentod starb. Aber es hätte für sie keine Rolle gespielt. Auch das ihr Stief-Vater Lungenkrebs im Endstadium habe, würde sie emotional kalt lassen.

## **Drogenanamnese:**

Ihr Vater und ihre Mutter hätten in ihrem 8. Lebensjahr begonnen, ihr Alkohol anzubieten. Manchmal habe sie es angenommen, aber sie habe sich oft übergeben müssen. Der Alkohol steigerte sich ab dem 12. Lebensjahr. Nach eigenen Angaben trank sie aber nie viel, maximal einen Jägermeister pro Tag (ich brauchte etwas länger, bis ich verstand, dass sie damit die Gastroflasche meinte (1l Inhalt).

Elisabeth rauchte ab ihrem 11. Lebensjahr, jeweils ca. 1 Packung pro Tag.

Es gibt keine Hinweise auf Konsum von THC, Benzodiazepine, Heroin oder chemische Drogen.

## Berufsanamnese

Elisabeth besucht nach der Volksschule und Hauptschule den Polytechnischen Lehrgang. Die Lehre als Handelskauffrau brach sie nach dem 1. Lehrjahr ab. Sie arbeitete dann bis zu ihrem 1. Kind in unterschiedlichen Anstellungen als KassiererIn oder als Anlernkraft.

## Traumaanamnese

Elisabeth hat die frühe, zeitlich Trennung von der Familie nicht verarbeiten können. Weiters wurde sie in der Kindheit sexuell missbraucht. Attila habe Niveacreme als Gleitmittel verwendet, damit er hätte besser eindringen können. Niveacreme führte immer wieder zu olfaktorisch induzierten Flash-Backs.

Es kam zu weiteren sexuellen Missbräuchen durch Freunde des Vaters im elterlichen Haushalt. Zeitraum: Ab dem 5. Lebensjahr – beginnend mit oraler Befriedigung der anwesenden Männer bis zu Gruppenvergewaltigungen. Ende der sexuellen Übergriffe war lt. Elisabeth mit Beginn der Adoleszenz (Einsetzen der Menstruationsblutung als „Gefahrensignal“ für die Männer).

Dass der Tod der Freundin traumatisch verarbeitet wurde, konnte nicht eruiert werden.

Es gibt keine Hinweise auf dissoziative Störungen.

## Sexualachse inkl. Orgasmusverhalten

Biologische Entwicklung – Brustentwicklung, Intimbehaarung, erste Regelblutung liegt innerhalb gewöhnlicher Entwicklungsparameter.

Erster Geschlechtsverkehr, welcher ohne Vergewaltigung einherging, fand mit 19 statt. Es gab wenige wechselnde Sexualpartner.

Elisabeth beschreibt ihr ganzes Sexualleben als etwas, was sie den anderen vorgespielt habe (Orgasmen, Sexwunsch). Orgasmen kenne sie aus eigenem Erleben nicht.

Die erotischste Begegnung beschreibt sie als jene Momente, wenn sie die Nachbarin der Mutter umarmt. Sie beschreibt dort, dass wenn sich die Brüste der Nachbarin und die eigenen berührten, sich Lust einstellte. Dieser Lust sei sie aber nie nachgegangen, da sie ja „nicht lesbisch“ sei.

Bemerkenswert ist ergänzend, dass Elisabeth wiederkehrend von Erlebnissen berichtet, in welchen bei unterdrückten Telefonnummern von Unbekannten ihr Obszönitäten gesagt worden seien.

## Sonstige schwere Pathologien

Nebst den angeführten somatischen und d psychiatrischen Pathologien waren keine Krankheiten erhebbar.

## Selbstmordgedanken und Selbstmordversuche:

Das Leben von Elisabeth wird nach ihren eigenen Angaben immer wieder von Selbstmordgedanken überschattet. Sie habe das schon als kleines Mädchen gehabt aber sich nie getraut, so etwas zu tun. Elisabeth berichtet auch von Suizidversuchen der Mutter, welche für sie immer abschreckend, aber vor allem extrem belastend gewesen sei. Sie berichtet, dass sie oft als Kind nicht heim kommen wollte, aus Angst, dass ihre Mama vielleicht nicht mehr leben würde.

Effektive Suizidversuche hätten aber erst 2011 begonnen. Ausschlag für Suizidversuche waren jeweils Erschöpfungszustände. Elisabeth berichtet, dass die Suizidgedanken wie Wellen über sie einstürzen. Sie beschreibt den Druck, den die Familie aufgrund ihrer Suizidalität auf Elisabeth ausübt. Sie fühlt sich zwischen der Suizidalität und dem Kontrolldruck der Familie gefangen.

## Entlassung aus dem stationären Setting:

Die Erwachsenenpsychiatrie des Landeskrankenhauses Rankweil baut sich schwerpunktmäßig mit Akut- und Subakutstationen auf. Daraus ergibt sich, dass wenn ein Patient, eine Patientin soweit stabil ist, dass der weitere Genesungsprozess auch ambulant fortgesetzt werden kann, dieser Weg zu bevorzugen ist. Zu einer Entlassung kommt es dann, wenn Ärzte, Pflege, der behandelnde Psychotherapeut und in unserem konkreten Fall Elisabeth der Meinung sind, dass die Behandlung extramural fortgesetzt werden kann. Vor allem zwei Kriterien sind zwingend einzuhalten: a) es darf keine akute, nicht beherrschbare Selbstverletzungsgefahr vorliegen und b) die Genesungschance ist außerhalb des Krankenhauses höher als innerhalb der Einrichtung (hier ist auch die Gefahr der Hospitalisation zu berücksichtigen).

Da der weiterbehandelnde Psychotherapeut und auch der Psychiater definiert waren, Erstgespräche bei weiterbehandelnden Berufsgruppen vereinbart waren, konnte die Entlassung durchgeführt werden.

## Ein weiterer stationärer Aufenthalt

Elisabeth war alkoholintoxikiert mit einem Messer in Griffweite in der Badewanne von ihrer ältesten Tochter aufgefunden worden und hatte am Aufnahmetag mehrmals suizidale Äußerungen getätigt. Eine gerichtliche Unterbringung wurde bei fortbestehender Suizidalität auch nach Detoxikation umgehend notwendig.

Der Verlauf war sehr protrahiert. Elisabeth wirkte aber meist sehr ernsthaft um Besserung bemüht und blieb im guten Kontakt mit der Pflege. Gegenüber der Ärzteschaft war eine laufende, starke Skepsis spürbar. Zu mir als Psychotherapeut schwankte der Kontakt zwischen „Sie sind meine einzige Rettung“ - hin zu „Ich bin ihnen genauso egal, wie allen anderen. Die ganze Welt und sie interessieren sich nicht wirklich für mich“.

Trotz mehrerer großen Laboruntersuchungen in welchen die C2-Werte einen langandauernden Alkoholkonsum bewiesen, war ein Zugeständnis während des stationären Settings, das Alkohol ein Problem darstellt, nicht zu erreichen.

Nach erneuter Entlassung brauchte es sehr lange (acht Monate), bis sich Elisabeth ausreichend von Suizidalität im nichtstationären Umfeld distanzieren konnte, in den Wochenendbeurlaubungen im späteren Verlauf gelang es ihr allerdings gut, Triggersituationen zu vermeiden und ihre emotionale Stabilität zu halten.

## Die Diagnose:

Nachfolgend möchte ich die Diagnosekriterien des ICD-10 aufgrund der Anamnesen und Vorbefunden von Elisabeth darstellen und somit verständlich machen, wie wir zu dieser Diagnose gekommen sind. Nach der ICD-10 Diagnose gehe ich auf die Diagnose der Existenzanalyse ein.

## ICD-10:

Das ICD-10 steht für International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, was übersetzt soviel wie Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme bedeutet. Es ist das weltweit anerkannte Diagnoseklassifikationssystem der Medizin. Herausgeber ist die WHO. Das ICD basiert ursprünglich auf dem Göttinger Modell und wird laufend weiter entwickelt. In Österreich findet gegenwärtig die Fassung ICD-10 BMG 2014 hauptsächlich Verwendung.

## F60 spezifische Persönlichkeitsstörungen (nach ICD 10)

Diagnostische Leitlinien:

Die Zustandsbilder sind nicht auf beträchtlichere Hirnschädigungen oder –krankheiten oder auf eine andere psychiatrische Störung zurückzuführen und erfüllen die folgenden Kriterien:

1. Deutliche Unausgeglichenheit in den Einstellungen und im Verhalten in mehreren Funktionsbereichen wie Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmen und Denken sowie in den Beziehungen zu anderen.
2. Das auffällige Erhaltensmuster ist andauernd und gleichförmig und nicht auf Episoden psychischer Krankheiten begrenzt.
3. Das auffällige Verhaltensmuster ist tiefgreifend und in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend.
4. Die Störungen beginnen immer in der Kindheit oder Jugend und manifestieren sich auf Dauer im Erwachsenenalter.
5. Die Störung führt zu deutlichem, subjektivem Leiden, manchmal jedoch erst im späteren Verlauf.
6. Die Störung ist meistens, aber nicht stets, mit deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit verbunden.

## **F60.31 Borderline Typ**

Einige Kennzeichen emotionaler Instabilität sind vorhanden, zusätzlich sind oft das eigene Selbstbild, Ziele und „innere Präferenzen“ (einschließlich der sexuellen) unklar und gestört. Meist besteht ein chronisches Gefühl innerer Leere. Die Neigung zu intensiven, aber unbeständigen Beziehungen kann zu wiederholten emotionalen Krisen führen mit übermäßigen Anstrengungen, nicht verlassen zu werden, und mit Suiziddrohungen oder selbstschädigenden Handlungen (diese können auch ohne deutliche Auslöser vorkommen).

### **Stationärer Therapiebeginn und Abklärung**

Bei Elisabeth führten wir nach der Aufnahme ein Anfluten mit Benzodiazepin durch, damit die Patientin sich beruhigen konnte und sich besser von Suizidalität distanzieren konnte. Mit dem Ausschleichen von Medikamenten, u.a. Reduktion von Benzodiazepinen, wurde so früh wie möglich begonnen. Durch Computertomographie und große Blutlabors konnte die Wahrscheinlichkeit von organischen Ursachen für die Erkrankung weitgehend ausgeschlossen werden. Eine durchgeführte psychologische Testung ergab eine durchschnittliche Intelligenz.

Andere Pathologien, die als ausschließende Pathologien verwendet werden könnten, konnten verneint werden. Das Vorhandensein einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung ist kein Ausschlusskriterium sondern erklärt die Diagnose zusätzlich.

Alle fünf oben beschriebenen Kriterien für ICD-10 F60 sind umfassend zutreffend.

Bezogen auf F60.31 Borderline Typ treffen auch einige Aspekte zu. Elisabeth sah sich oft als die „super“ Frau, die in vielen Aspekten die beste sei. So war sie beispielsweise die beste Mutter und die beste Autofahrerin überhaupt. Andere Meinungen waren inakzeptabel. Vielfach waren die Gespräche geprägt von Abwertungen Dritter. Die Beziehungen zu anderen Menschen zeigten konstant „Lobpreisungen“ und Verachtungen ein- und derselben Person in kurzen Zeiträumen. Omnipräsent war die innere Leere. Suiziddrohungen, Selbstmordversuche und selbstverletzende Handlungen waren vor der Therapie sehr häufig vorhanden.

All dies führte somit zu einer klaren Diagnose von F60.31 nach ICD-10.

## Die Diagnostik in der Existenzanalyse

### Das dialektische Verständnis

Ein wesentlicher Baustein, sowohl in der existenzanalytischen Diagnostik (vgl. Luss et al 1999) als auch in der existenzanalytischen Therapie, stellt die phänomenologische Herangehensweise dar. Es charakterisiert die Philosophie der Existenzanalyse. Das freie geistige Schauen auf die Person als Ganzes ist wesentlich. Die EA richtet die Aufmerksamkeit auf die Fähigkeiten des Klienten und versucht dann das Störungsbild, welches zur identifizierten Pathologie führt, zu verstehen. Symptome können somit auch als Ressourcen verstanden werden. Der Fokus kann somit auf die Fähigkeiten des Menschen gelegt werden, wie er mit seiner Welt und mit sich selbst umgeht. Durch ein Zuwenden zur Ganzheit des Patienten in phänomenologischer Offenheit können Ursachen der Störung identifiziert werden, wobei die Existenzanalyse nicht nur mit Symptomen, dem Abstrakten arbeitet, sondern auf „sich Zeigendes“ (Jaspers 1963, 314 -328) schaut. „Die phänomenologische Haltung versucht weder zu reduzieren noch zu interpretieren, sondern schaut auf die Einmaligkeit und Einzigartigkeit der Person und ihres Leidens, also auf das, wie etwas ist, wie es erlebt wird, wie es sich zeigt (...) Die phänomenologische Haltung fordert die Zurückstellung aller Theorie und verlangt die Offenheit der Begegnung.“ (Längle 1990, 44-46)

Das gesichtete Phänomen wird dann auf Basis der Theorie erneut betrachtet. Grundlagen dieser Theorie wird in der nachfolgenden Tabelle nach Längle (Lehrbuch der Existenzanalyse 2013, S 84 ff) grob skizziert:

	Erste GM	Zweite GM	Dritte GM	Vierte GM
Bewegendes Grundmotiv	Der Mensch will: Da sein können (Grundfrage der Existenz: ich bin – kann ich sein?)	Der Mensch will: Wert sein mögen = leben mögen (Grundfrage des Lebens: Ich lebe – mag ich leben?)	Der Mensch will: <b>Selbst sein dürfen</b> (Grundfrage der Person: Ich bin ich - darf ich so sein?)	Der Mensch will: <b>sinnvolles Wollen</b> (Sinnfrage der Existenz: Ich bin da – wofür soll ich da sein? Wofür ist mein Leben gut?)
psychisches/geistiges Instrumentarium	...dafür braucht er <b>Wahrnehmen</b> des Faktischen, der Bedingungen und Möglichkeiten: Erfahrung	...dafür braucht er <b>Fühlen</b> der Art, wie etwas ist: Gefühl	...dafür braucht er <b>Einschätzen</b> des Verhaltens: innere Resonanz und Urteil	...dafür braucht er <b>Vernehmen</b> des situativ Geforderten/Gebotenen (Nous)
Psychische/geistige Funktion	Kognition Erkennen	Emotion (mit-)Fühlen	Position/Identität (hin-)Spüren	Aktion (hin-)Geben Handeln: Tat

Tiefstes Erleben	Grundvertrauen	Grund-Beziehung	Selbstwert	<b>Sinn des Lebens</b> (Lebenserfüllung)
Voraussetzung (und Folge im Feedback)	<b>Schutz/Ruhe/</b> Heimat <b>Raum/Weite/</b> Offenheit <b>Halt/Gelassenheit</b>	Beziehung/ Berührt sein <b>Zeit/</b> Lebensgefühl <b>Nähe/Wärme</b>	Be-Achtung/ Wahrung der Distanz/Reflexion Gerechtigkeit/ Festigkeit/ Autorität Wertschätzung/ Anerkennung des Eigenen	Tätigkeitsfeld/Aufgabe/ Produktivität <b>Kontext</b> , Strukturzusammenhang, Orientierung Wert in der Zukunft/Entwicklung/ Religion
Realisation der Grundmotivation	Vertrauen	Werte	Authentizität	Hingabe
Die personale Aktivität	Um da sein zu können:  <b>Annehmen</b> des Positiven <b>Aus-</b> <b>Halten</b> des Negativen  Lassen	Um sich beziehen zu können:  <b>Sich-Zuwenden</b> dem Positiven <b>Trauern</b> um das Negative  Herankommen lassen/Herannahmen (Nähe)	Um Wesentliches zu sehen:  <b>Begegnen</b> dem Positiven, ( <b>An-</b> ) <b>Sehen</b> des Wesens, dazu stehen, ernst nehmen <b>bereuen/verzeihen</b>  <b>Abgrenzen</b> vom anderen, Stellungnahme	Um fruchtbar zu werden:  <b>Über-Ein-Stimmung</b> mit der Situation schaffen = prüfen, ob es auch gut ist für andere/Welt/Zukunft  Handeln
Copingreaktion	Ablehnung: Flucht, Kampf Vernichtung, Hass, Lähmung	Abwendung: Rückzug, Leisten, Wut, entwerten	Selbstverlust, Widerwille, sich distanzieren, funktionieren, Zorn, Ärger Leugnen, spalten	Willkür, Orientierungslosigkeit, provisorische Lebenshaltung, Idealisierung, Fanatismus, Zynismus, Nihilismus
Bei Fehlend der Voraussetzung folgt:	Angst, Verunsicherung, Verschlussenheit	Depression, Sehnsucht, Belastung/Kälte	Hysterie, Einsamkeit, Ruhelosigkeit, Verletztheit/sich schämen	Sucht, Leere im Leben, existenzielle Frustration, Verzweiflung

Mit der Dimension was fehlt (Thesis) zeigt sich auch, was da ist (Antithese). These und Antithese führen zur Synthese, was mit der existenzanalytischen Diagnose gleichzusetzen ist.

Diese phänomenologische Herangehensweise erfolgt nicht nur zu Beginn einer Therapie, sondern ist wiederkehrend vorzufinden. Immer wieder folgt eine phänomenologische Betrachtungsweise der Symptome, welche sich auch entsprechend verändern. Diese Veränderungen werden, wenn wir an Elisabeth denken, dann auch im Interteam, oder im Kernteam besprochen. Der Fortschritt kann so auch immer wieder überprüft werden. Die Frage - Worunter leidet dieser Mensch – was bewegt ihn jetzt am Meisten? – ist ein zentrales Herangehen. Aufgrund dieses mehrfachen Diagnostizierens kann auch von Prozessdiagnose gesprochen werden.

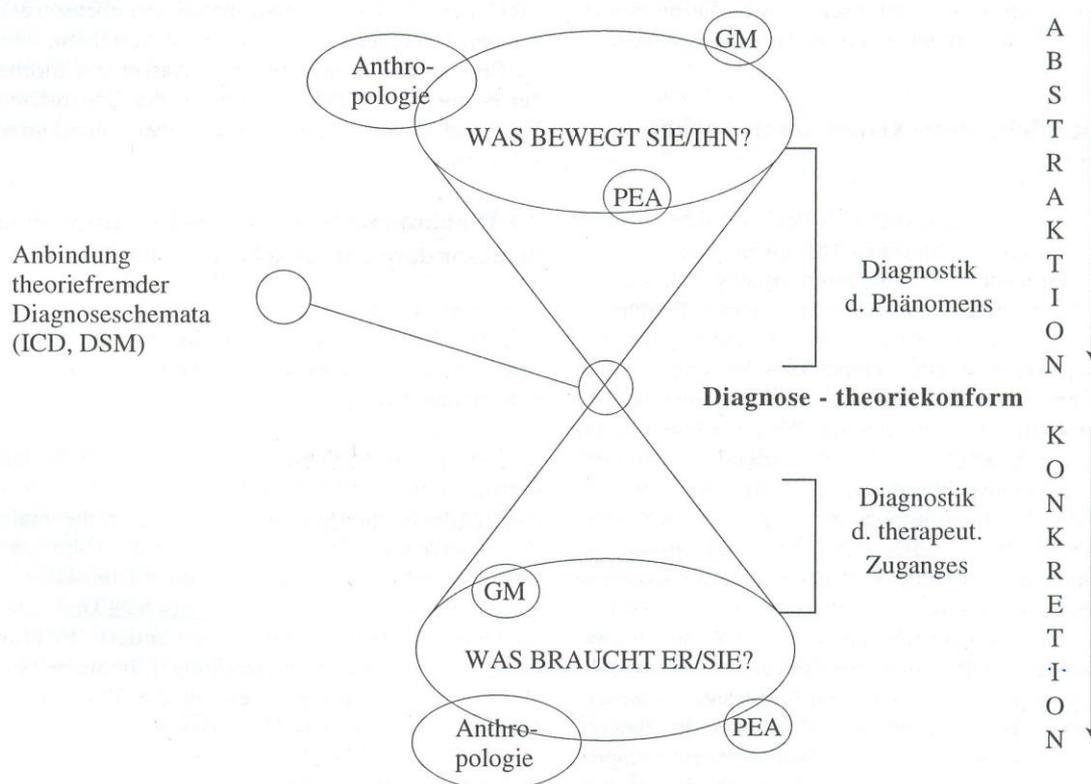


Abb. Dialektisches Verhältnis von existenzanalytischer Diagnostik und Therapie in Existenzanalyse. (Aus Luss et al 1999, 5)

Grundlegend für das Verständnis des dialektischen Verhältnisses ist auf Frankl (1990, 198f) zu verweisen. Er verstand das Menschsein unter folgenden drei Dimensionen:

1. Die somatische Dimension (den Körper betreffend)
2. Die psychische Dimension
3. Die personal-existentielle Dimension (Spannungsfeld zwischen Erfüllung und Verzweiflung)

In der letzten angeführten anthropologischen Dimension geht es in der Wechselwirkung mit der Lebenssituation und den Handlungsmöglichkeiten um die vier oben kurz skizzierten Grundmotivationen nach Längle.

## Diagnose durch personale Grundmotivation

Die Grundthese besagt, dass von einer Persönlichkeitsstörung im existenzanalytischen Verständnis nur dann gesprochen werden kann, wenn alle Grundbedingungen (alle Grundmotivationen) des Existierens belastet, gehemmt oder kompensierend überaktviert sind.

Es werden vier Grundbedingungen unterschieden (vgl. Tabelle oben und Längle 2013, 73ff)

In der ersten Grundmotivation sprechen wir von der ontologischen Ebene. Hier geht es um das Grundvertrauen, welches wir in die Welt haben. Es geht darum „Ja zur Welt“ sagen zu können, Lebensbedingungen annehmen zu können. Dieses „Ja“ ermöglicht die Fähigkeit zu haben, sich jeglichem Problem zuwenden zu können.

In der zweiten Grundmotivation, der axiologischen Ebene, geht es um den Grundwert, die Zuwendung zum Leben als Kraft und Gefühl. Damit kann „Ja zum Leben“ gesagt werden. Dadurch entsteht die Fähigkeit, sich der Welt zuzuwenden. Darin kann die eigene Vitalität empfunden und das Leben in seiner Wertigkeit erfüllt werden.

In der dritten Grundmotivation geht es um die ethische Ebene. Sie thematisiert die Wertschätzung der Authentizität der (eigenen) Person, in ihr ruht der Selbstwert. Darin ist die Grundlage für ein „Ja zum Selbstsein“ zu finden. Um dies zu erlangen, bedarf es eines Zugangs zum eigenen Gespür und einer selbstdistanten Betrachtung seiner Selbst.

Letztendlich geht es in der vierten Grundmotivation um die personal-existentielle Ebene, der Sinnebene. Ein Sich Einlassen auf den Sinnanspruch der jeweiligen Situation führt zu einem „Ja zum Sinn“. Dazu braucht es ein Erkennen des situativ Geforderten und ein Sich-darauf-einlassen-Könnens.

## Diagnose durch Personale Existenzanalyse

Unter der Personalen Existenzanalyse, kurz PEA, (vgl. Längle 2013) verstehen wir eine vier stufige deskriptive Methode.

In Schritt 0 wird das Faktische des Geschehens beschrieben. In der PEA 1 wird auf den Eindruck und die damit verbundene Emotion hingearbeitet. Es geht um die beginnende Selbstdistanzierung. Dadurch wird in PEA 2 eine Stellungnahme möglich, durch welche die primäre Emotion in Relation zu bereits bestehenden Wertbezügen erzeugt werden kann. Vollendet wird die PEA mit Schritt PEA III, in welcher Handlungsmöglichkeiten erarbeitet werden. Es geht um aktive Stellungnahme auf eine Herausforderung. Nicht Opfer sein sondern aktiv mit bestehenden Situationen umgehen, führt zur Genesung.

Durch PEA wird die Fähigkeit sichtbar, wie mit unterschiedlichen Lebenssituationen umgegangen werden kann. Die Person erlebt sich durch diese Methode wieder mächtig, sich zu behaupten.

Durch die beiden Methoden, PEA und Arbeit an und mit den Grundmotivationen kommt es zu einer Verbindung von subjektiven emotionalen Erleben und objektiven existenzanalytischen Verstehens. Dies ist als eine Psychopathogenese im Sinne der Reflexion und Verifikation zu verstehen. Durch die Offenheit gegenüber allen Phänomenen wird die Person des Klienten in ihrer Ganzheit erfasst.

Bezogen auf Elisabeth war vor allem die Arbeit in PEA 0, der Bezug zum Faktischen relevant. Es ging um das Annehmen dessen, was – trotz der Schwere – alles in ihrem Leben geschehen war. Dieses Annehmen war sehr schwer. Der Widerstand gegen das Geschehene war omnipräsent. Das Hinarbeiten auf die Emotionen (emovere – die innere Bewegung) und die damit verbundene Stellungnahme war bis zum Abschluss dieser ersten beschriebenen Therapiephase kaum möglich. Es kam lediglich zu einem Reaktionsschema, wie Elisabeth mit Erlebnissen umgeht ohne eine eigene aktive Gestaltungskreativität zu entwickeln. Trotzdem kann dies als Erfolg bewertet werden, denn Elisabeth war es mehr und mehr möglich, auf Flash-backs nicht mit Suizidalität zu reagieren.

### **Die Persönlichkeitsstörung im Generellen**

Nach unserem bisherigen Wissensstand sind bei Persönlichkeitsstörungen jeweils alle vier Grundbedingungen der Existenz betroffen, wobei sich zumeist Störungsschwerpunkte (“Eintrittsstellen”) bei einer Grundmotivation finden lassen.

Die Persönlichkeit wird als psychische Dimension verstanden. „Die Psychodynamik der Störung wird im Spalten der psychischen Integrität gesehen“ (Vgl. A. Längle Persönlichkeitsstörung 2002b). Die nicht-aushaltbaren Schmerzen sind nicht zu ertragen. Der Patient geht auf Distanz, spaltet es ab. Die Charakteristik der Persönlichkeitsstörung wird dabei als haltloses, durch den Reiz vom gezielten Handeln entkoppeltes Reagieren mit eingeschliffener, stereotyper Psychodynamik definiert.

### **Die Persönlichkeitsstörung des Selbst**

(vgl. A. Längle 1999 und 2002 a und b)

Die gesunde Persönlichkeit ist durch eine gesunde Selbstentfaltung, die intime Selbstfindung, das Finden und Ausbilden des je Eigenen in seiner Unverwechselbarkeit, Einmaligkeit und Einzigartigkeit beschrieben. Diese Entstehung der Persönlichkeit wird durch soziale Interaktionen ermöglicht. Für diese Entwicklung braucht es gesunde, stimmige soziale Interaktion vor allem mit den zentralen Bezugspersonen.

Die eigene Individualität kann nur dann sich gesund entwickeln, wenn das Eigene in der Öffentlichkeit gelebt werden kann, es schützend abgegrenzt und schamvoll behütet werden kann. Kann dies nicht sein, und der Zeitrahmen, wo dies nicht möglich ist, zu lange dauert, so entsteht die Gefahr, dass eine Persönlichkeitsstörung entsteht. Alfred Längle spricht von einem spezifischen Leiden, welches in der Selbstfindung nicht zu lange dauern darf, wenn es zu keinem Schaden kommen soll. Durch dieses Leiden entsteht Leere, da das Leiden nicht ausgehalten werden kann.

Eine Traumatisierung kann dabei meistens als Initialpunkt, oder Eintrittspunkt – als auslösendes Erlebnis identifiziert werden. Bei den Persönlichkeitsstörungen des Selbst liegt das traumatisierende Thema bzw. die dispositionelle Schwäche in der 3. Grundmotivation, also in der personalen Auseinandersetzung mit dem Selbstsein in der Gemeinschaft. Störwirkungen, die nicht in der thematischen Ebene der 3. Grundmotivation gehalten werden können, breiten sich auf die anderen Grundmotivationen aus und bilden dort sogenannte “Nebenstörbereiche” oder “Epizentren”. Die Folge ist die Ausdifferenzierung der Persönlichkeitsstörungen des Selbst. Dafür sind drei Weichenstellungen maßgeblich:

- die angeborene Disposition zur Erlebens- und Reaktionsbereitschaft
- das Lernen (Training von Fertigkeiten, Identifizierungen)
- spezifische Traumatisierung

Allen vier Persönlichkeitsstörungen des Selbst gemeinsam ist ein Schmerz. Das Persistieren eines starken Schmerzes führt schließlich zu einer Art “Nachgeben” der Struktur der Persönlichkeit, wodurch die spezifische Störung entsteht. Die Spezifität des Schmerzes wird als eine Ursache zur Differenzierung der Persönlichkeitsstörungen angesehen. Aus der Phänomenologie psychotherapeutischer Arbeit ergibt sich die These, dass das spezifische Thema des Traumas zu einer Überformung der Persönlichkeitsstörungen des Selbst führt und dadurch zur Entstehung der Subtypen beiträgt.

Bei der Borderline-Störung wird versucht, die oben beschriebene Leere durch intensive Beziehungen zu füllen, in welcher aber die Intensität nicht haltbar ist und dadurch die Individualität wieder nicht erleb- und erfahrbar ist.

Die dabei erlebte Haltlosigkeit kann als Hauptsymptom gesehen werden, in welcher adäquate Stellungnahmen nicht möglich sind. Es entstehen Reaktionen anstelle von aktiven Handlungen. Dadurch geht die innere Stellungnahme zu sich selbst verloren. Sie wird nicht wahrgenommen und kann somit auch nicht gezeigt werden.

### **Borderline – der Beziehungsschmerz**

Bei der Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ ist vor allem der Beziehungsverlust zu sich selbst. Dieser Verlust wird als Leere erlebt und will verhindert werden.

Das “Epizentrum” bei der Borderlinestörung liegt in der 2. Grundmotivation, im Schmerz des Verlustes der Beziehung zu sich selbst. Die Not des Borderline-Patienten ist sein inneres Erkalten, ein gewaltsames Sich-entrissen-Werden, ein Gefühl des Amputiertwerdens. Er kennt den Schmerz, dass sein Sosein nicht gemocht wird, dass er sich selbst nicht mag. Wenn seine innere Beziehung zu zerreißen droht, kommt eine gewaltige Woge von Wut auf. Er will sich die Nähe fühlbar halten, gewaltsam ertrotzen, erzwingen. Seine Tragik ist, dass ihm Beziehungen nach innen wie nach außen immer wieder zerreißen, sodass sich eine zerstörerische Einsamkeit breit machen kann. Dem versucht er mit starken Reizen entgegenzuwirken, wobei Außenbeziehungen zu den stärksten Reizen gehören. Biographisch finden sich einschlägige Traumatisierungserfahrungen in Beziehungen (Kernberg: Gewalt in der Beziehung; Masterson: Beziehungsverluste). Für die Therapie ist es daher erforderlich, dass sie von einer unerschütterlichen Konstanz des Beziehungsangebotes durch den

Therapeuten getragen ist und sich in der konkreten Arbeit um die Entknotung von Affekt und Sachlichkeit bemüht (Konfrontation).

Der Schmerz des Verlustes der Beziehung zu sich selbst ist nicht aushaltbar. Das Nicht-gemocht-Werden durch andere ist so schmerzvoll, dass der Mensch sich selbst nicht mag. Wenn die innere Beziehung zu zerreißen droht, kommt Wut auf. Die Nähe, die Beziehung will gefühlt werden. Da dies nicht möglich erscheint, macht sich eine zerstörerische Einsamkeit breit. Dem wird vielfach mit starken Außenreizen versucht entgegen zu wirken.

Für die Therapie ist daher ein unermüdliches Beziehungsangebot notwendig, in welcher zumindest eine professionelle Beziehung Sicherheit und Verlässlichkeit anbietet. Auf Basis jener kann dann die eigene Gefühlswelt ergründet werden.

Auch wenn immer alle Grundmotivationen bei Persönlichkeitsstörungen betroffen sind, so ist bei Persönlichkeitsstörungen des Selbst die dritte als Eingangskanal zum spezifischen Leiden zu verstehen und somit grundlegend für die Therapie Grundmotivation (als Epi-zentrum) zentral. In dem das Selbstsein verunmöglicht, bzw. massiv eingeschränkt ist, hat die Störung in der 3. GM umfangreiche Auswirkungen auf die anderen Grundmotivationen. Mit anderen Worten, das Handeln, die Beziehungen und der Halt sind nur eingeschränkt wahrnehmbar.

Persönlichkeitsstörung	Betroffene GM	Verbindung	Ausprägung
Paranoide PST	vierte GM	↑	Im Handeln
Dissoziale PST	Vierte GM		Im Handeln
Paraexistenzielle PST	Vierte GM		Im Handeln
Narzisstische PST	Dritte GM	← →	Im Selbstseins
Borderline PST	Zweite GM	↓	In der Beziehung
Hysterische PST	Erste GM		Im Halt

Vgl. Längle Alfred: Die Persönlichkeitsstörungen des Selbst Eine existenzanalytische Theorie der Persönlichkeitsstörungen der hysterischen Gruppe

Da die dritte Grundmotivation als Eingangskanal verstanden wird, richten sich die grundlegenden Interventionen auf die Möglichkeit des Selbstseins. Das eigene Selbstsein soll ermöglicht werden, trotz der schweren Erlebnisse, welche als Irritation auftreten.

## Ergänzende Verwendung der Diagnosen von ICD-10 und EA

Die nachfolgende Beschreibung fasst aus den einzelnen Diagnoseinstrumentarien die zutreffenden Symptome zusammen. Die Existenzanalyse wird in diesem Zusammenhang ebenfalls als diagnostisches Konzept eingesetzt.

Der unterschiedliche Betrachtungswinkel kann darin erklärt werden, dass ICD-10 (und DSM-IV) hauptsächlich eine Grundlage bildet, damit unterschiedliche Fachdisziplinen über das scheinbar Gleiche miteinander reden können. Auch dienen diese Diagnostiken vor allem für Statistiken und zur Einstellung der Medikation.

Die Existenzanalyse im Gegenzug hat den Menschen, die Person im Fokus und kann sowohl als reine Diagnostik, als auch als Therapie verwendet werden. Ihr Potential liegt in der Entwicklung und Veränderung des Personalen, zum zutiefst Eigenen – das, was den Menschen einzigartig und besonders macht.

# Die Interventionslogik auf Basis der Grundmotivationen

## Übersicht

Nach den stationären Aufenthalten im LKH-Rankweil betreute ich die Patientin für 16 Monate regelmäßig weiter. In den ersten 4 Monaten kam es zu zwei Suizidversuchen, bei welchen sie mich aber jedes Mal telefonisch kontaktierte. Beide Male erhob ich die Intoxikation und stimmte jene mit dem Zentrallabor in Zürich über die Notwendigkeit des Zugriffes durch Einsatzkräfte ab. Bei diesen beiden Ereignissen veranlasste ich den Zugriff durch Polizei und Rettung.

In dem darauf folgenden Jahr kam es immer wieder zu Lebens-Überdrüssigkeit. Allerdings führten jene nicht mehr zu Suizidversuchen, sondern „lediglich“ zu Belastungsreaktionen, welche wir durch einen erneut intensiveren therapeutischen Prozess abschwächen konnten.

Seit gut einem Jahr führen wir alle paar Monate ein Orientierungsgespräch durch, aufgrund der finanziellen Situation der Patientin findet aber keine regelmäßige Psychotherapie mehr statt.

## Inhalte der Therapie

Die Arbeit an der 1. GM war essentieller Inhalt während des stationären Aufenthaltes.

Der Beginn der stationären Therapie konzentrierte sich auf die Erhebung der Biographie durch Methoden des systemischen Familienorganigramms und einer von der Patientin gestalteten Lebenslinie. Ergänzend wurden laufend Stabilisierungs-Maßnahmen erarbeitet und verinnerlicht. Dabei wurde auch auf das Skills-Training der DBT zurückgegriffen, welches ein Standardprocedere für Patienten mit Borderline Störung im LKH-Rankweil darstellt. Da dies nicht durch mich durchgeführt wurde, werde ich es nicht detailliert ausführen. Ziel war die Strukturierung, Orientierung und Halt zu geben. Ein sich Schützen – Können von plötzlich aufkommenden heftigen Emotionen war ein wichtiges Ziel.

Aus der Existenzanalyse wurde die Ressourcenarbeit an den Grundlagen zu den Grundmotivationen eingesetzt, sie gab die Landkarte der Themen vor und der inhaltlichen Durcharbeitungen. Weiters kamen zum Einsatz die Phänomenologische Dialogübung der „Sesselmethode“ (vgl. Längle A (2000, 21 ff), der sichere Ort, die PEA und das phänomenologische Gesprächsmodell verwendet. Mit heutigem Wissensstand könnte ich vermehrt auch auf die in der existenzanalytischen Traumatherapie erlernten Methoden wie Wohlfühlgarten, das BASK-Modell, das SIBAM-Modell, dem inneren Kind, dem inneren Beobachter, mit verletzenden und verletzten Anteilen erarbeiten, um einen besseren Umgang mit den komplexen Traumata zu erleichtern

Gewicht wurde auch auf den Umgang von hauptsächlich olfaktorisch induzierten Flash-Backs gelegt. Ressourcenaktivierungen in Notsituationen abrufbar machen durch laufendes Training war ebenso wichtig wie die Sicherstellung von sozialen Umfeldfaktoren, da die Patientin auch zunehmend sozialphobische Zugänge zeigte. Sie brach immer mehr Kontakte zu Freundinnen ab. Auch „unter die Leute“ gehen, fiel ihr zunehmend schwer. Menschen, die sie nicht kennen würde, würden ihr zunehmend Angst machen. Sich selbst als Dirigent des eigenen Lebens erfassen war das Motto über

weite Strecken der Therapie. Wir versuchten zu erarbeiten, was in der Welt Halt gab. Wir suchten gemeinsam nach positiven Halterlebnissen.

Im zweiten Drittel der Therapie standen Beziehungsklärungen im Vordergrund. Aufbauend auf der therapeutischen Beziehung, (Psychotherapeut als Fels in der Brandung und sicherer Anker) wurde an den Beziehungen zu Vater, Mutter, Geschwister und Kinder gearbeitet. Gleichzeitig war der Umgang mit alltäglichen Herausforderungen ein umfassendes Handlungsfeld.

Bezeichnend für den Therapieverlauf waren vielfach auch telefonische Interventionen bis hin zum zweimaligen Veranlassen von Zugriffen durch die Einsatzkräfte Polizei und Rettung.

### Die Themen der Ersten Grundmotivation

(vgl. Längle A, Lehrbuch der Existenzanalyse 2013, S 84 ff)

Als Exzerpt aus den Grundmotivationen soll nachfolgend die 1. Grundmotivation angeführt werden, um im Anschluss daran Elisabeth diesbezüglich zu beschreiben. Es geht darum zu erkennen, woran gearbeitet wurde und was nach wie vor offen erscheint.

	Erste GM
Bewegendes Grundmotiv	Der Mensch will: Da sein können (Grundfrage der Existenz: ich bin – kann ich sein?)
psychisches/geistiges Instrumentarium	...dafür braucht er <b>Wahrnehmen</b> des Faktischen, der Bedingungen und Möglichkeiten: Erfahrung
Psychische/geistige Funktion	Kognition Erkennen
Tiefstes Erleben	Grundvertrauen
Voraussetzung (und Folge im Feedback)	<b>Schutz/Ruhe/</b> Heimat <b>Raum/Weite/</b> Offenheit <b>Halt/Gelassenheit</b>
Realisation der Grundmotivation	Vertrauen

Die personale Aktivität	Um da sein zu können:  <b>Annehmen</b> des Positiven <b>Aus-Halten</b> des Negativen  Lassen
Coping-reaktion	Ablehnung: Flucht, Kampf Vernichtung, Hass, Lähmung
Bei fehlender Voraussetzung folgt:	Angst, Verunsicherung, Verschlossenheit

Halt war bei den Eltern der Patientin in ihrem Erleben nur sehr begrenzt erfahrbar. Durch den frühen Tod des leiblichen Vaters, den fehlenden Schutz durch die Mutter bei den multiplen sexuellen Übergriffen durch den Stiefvater und Attila, das erlebte Abgeschoben-werden nach Viktorsberg, war für die Patientin ein Nicht-Vorhanden-Sein an Halt, Schutz und Raum.

Schutz, Raum und Halt sind die Bedingungen/Voraussetzungen um sein zu können und ins Vertrauen (ins Sein) zu finden. Dadurch wird die Vertrauensfähigkeit möglich. Durch Urvertrauen und Grundvertrauen wird Weltvertrauen und Selbstvertrauen möglich. Das Urvertrauen wird entwicklungsgeschichtlich aus der Lebensgeschichte mitgegeben. Dies war für die Patientin in ihrem Erleben praktisch nicht gegeben. Es war eine akribische Suche nach Elisabeths Erfahrungen, eine Suche nach auch kleinen Situationen, in welcher Elisabeth ihre Umwelt als etwas verstand, dass ihr etwas Gutes wollte. Es ging darum, positive Sicherheitserfahrungen spürbar zu machen. Es war zum Beispiel lange Zeit für Elisabeth nicht spürbar, dass sie es bei Ihrem Onkel väterlicherseits gut hatte. Dort, auf dem Bauernhof in der Steiermark machte sie Erfahrungen, dass sie, ohne in Gefahr zu sein, herumtollen hatte können. Solche Situationen gab es manche. Auch die Nachbarin war ein Ort, an welchem keine Gefahr drohte. Und doch brauchte es lange, bis Elisabeth solche positive Erfahrungen im Heute wahrnehmen konnte. Bis sie für sich selbst formulieren konnte, dass es in ihrer Kindheit und Jugend Erlebnisse gegeben hatte, die positiv waren, wo „die Welt“ gut war.

Das Selbstvertrauen erwirbt man sich aus den eigenen Erfahrungen. Auch hier machte die Patientin immer wieder die Erfahrung, dass sie ihr Leben nicht schaffen würde, es nicht mehr aushalten würde.

Im Arbeitsbereich der 1. Grundmotivation versuchten wir in der Therapie die Lebensgeschichte anzunehmen, das daraus resultierende Gefühl auszuhalten und zuzulassen. Wir suchten gemeinsam nach Räumen, in welcher Elisabeth in Sicherheit war. Wir forschten nach Erlebnissen, wo ein Halt-Erfahren möglich war.

Ihre negativen Erfahrungen in Kindheit und Jugend übertrug Elisabeth auf die Gegenwart. Aus Sicht von Elisabeth war Gefahr, Bedrohung und Gewalt in der Gegenwart laufend präsent. Was man von Außen betrachtet als etwas Banales definiert hätte, war für Elisabeth oft ein Auslöser für Erfahrungsmuster aus der Kindheit. Sie übertrug ihre kindlichen Erfahrungen auf die Gegenwart.

Über Realitätsüberprüfungen versuchten wir zu klären, was in der Außensituation bedrohlich ist und was aus ihrer Vergangenheit kommt, um innere und äußere Räume zu schaffen.

Es ging dabei in der Therapie immer wieder um die grundlegende Bedingung, da sein zu können. Diese basale therapeutische Grundbedingung im Sinne der EA, das ich als Therapeut sie angenommen habe, wie sie ist, vermittelte einen ersten Schutz im therapeutischen Raum. Im Weiteren versuchten wir Halterfahrungen in der Erarbeitung von Strukturen (Ordnungen, Regelmäßigkeiten in den Lebensgewohnheiten etc.) zu schaffen um sich in der Welt orientieren zu können und dadurch sicher zu fühlen. Halt versuchten wir auch in der Beziehung zu anderen zu erarbeiten. Da die Patientin zum Teil sozialphobische Zugänge zeigte war das ein etwas längerer Weg, bis Gemeinschaft, Freundeskreise und Familie wieder mehr als Halt wahrgenommen werden konnte indem sie sich zu diesen Gruppen dazu gehörig und darin angenommen fühlte.

Als weiteres Halterleben versuchten wir den Halt in ihr selbst zu erarbeiten.

Da das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten gering war, mussten wir sehr mit trivialen Fähigkeiten beginnen, um hier Halterleben spürbar zu machen. So ging es auch darum zu erarbeiten, was Elisabeth kann, zu was sie fähig ist. So versuchten wir zu erarbeiten, in welchen Tätigkeiten sie sich wohl fühlte, wo sie für sich selbst wahrnahm, dass sie es kann und so Halt erfuhr. Wie schon erwähnt waren auch der Bauernhof des Onkels und das Haus der Nachbarin Orte in welcher sie sich sowohl in der Vergangenheit als auch in der Gegenwart sicher fühlte.

Der Halt in der Welt – im Sinne der Zugehörigkeit zur Welt – war zumindest kognitiv leichter zu fassen und stellte mit der Zeit einen verwendbaren Skill dar.

Halt in der Religiosität war bei der Patientin nicht hebbar.

An Übungen und Interventionen setzten wir vielfach die Sesselübung und das Fallen lassen mit geschlossenen Augen. Wenn ich hier „Fallen lassen“ schreibe, bezieht sich dieses Fallen lassen auf maximal 15 cm. Und auch diesen Raum des Fallens mussten wir zuerst erarbeiten. So mussten wir mit wenigen Zentimeter beginnen, um Sicherheit so schnell wie möglich erfahrbar zu machen. Ich fing die Patientin auf, um auch hier Halt erlebbar zu machen. Die mögliche Übung der 1.GM, in welcher der Patient in der Gruppenmitte steht, sich fallen lässt und die Gruppe schubst die Person herum, war für mich aufgrund der vorliegenden Traumatisierung nicht möglich zu machen.

Durch den erfahrenen Halt bekam Elisabeth eine gewisse Standfestigkeit und Stabilität. Dies war notwendig, um etwas annehmen zu können.

In konkreten Beziehungen kann ich überprüfen und mich vergewissern, ob der Partner, bzw. das Gegenüber Halt gibt. Um ein Miteinander zu schaffen muss ich vertrauen. Unter diesem Gesichtspunkt arbeiteten wir die relevanten Beziehungen durch.

## Vertrauen

Vertrauen wird als zielgerichteter intentionaler Akt verstanden, welcher auf etwas ausgerichtet ist, das Halt gibt. Es ermöglicht, sich auf die Welt einzulassen. Diese Vertrauensexploration war für die Patientin mühselig und konnte nur in ganz kleinen Schritten erarbeitet werden. Die Verbindung zur Welt, welche in der EA als Vertrauen beschrieben wird, war für die Patientin immer wieder verloren

gegangen. Und doch musste die vorliegende Unsicherheit wieder abgebaut werden, um die soziale Isolation zu überwinden. Denn Leben heißt Risiko und Unsicherheit zu überbrücken, da es auch Haltgebendes als Brückenpfeiler über sie Unsicherheit gibt.

Der Prozess des Vertrauensbildung soll hier kurz angeführt werden: Zuerst wird das Gegenüber auf Vertrauenswürdigkeit und Verlässlichkeit überprüft. Als weiterer Schritt erfolgt die Selbsteinschätzung und Selbstprüfung. Die darauf folgende Entscheidung, zu vertrauen ist dann ein personaler Akt – es ist eine Einwilligung, die Kontrolle aufzugeben und auf die Vertrauenswürdigkeit des geprüften Gegenübers zu bauen. Das Ergebnis ist eine gemachte Erfahrung (hoffentlich positiv), die Basis für die nächste Vertrauenserfahrung ist. Aufgrund der vielen negativen Erfahrungen, welche die Patientin gemacht hat, war eine hohe Verunsicherung bzw. sogar Angst vorhanden, die die Vertrauensbildung erschwerte und entsprechend aufwändig machte.

Um das Vertrauen in andere Menschen aufzubauen, arbeiteten wir auch intensiv am Selbstvertrauen – dem Halt in der Patientin selbst.

Die Copingreaktionen der Patientin waren sehr umfangreich und in allen vier Ausformungs-Bereichen (vgl. Längle 1998, 4-12) mit vielen Beispielen immer wieder erfahrbar. In der Grundbewegung, dem Vermeidungsverhalten konfrontierte sich die Patientin mit vielen notwendigen Schritten nicht. Beziehungsklärungen ging sie gekonnt aus dem Weg. Auch öffnete sie zum Teil die Post über Monate nicht. Auch bei der paradoxen Bewegung, dem Aktivismus, leistete sie in gewissen Bereichen, Stricken und Wachskerzen erzeugen, sehr viel, um nicht mit den eigentlichen Themen in ihrem Leben konfrontiert zu werden. Die Abwehrbewegung, die Aggression, richtete sich vor allem gegen sich selbst (in der Abwertung und in selbstverletzenden Aktionen). Den Totstellreflex initiierte sie durch Alkohol- und Medikamentenintoxikation, welche sie dann ja für oft mehrere Wochen ins Krankenhaus brachte, wodurch sie sich dem eigentlichen Leben nicht stellen musste.

Bei den oft wiederkehrenden Copingreaktionen arbeiteten wir mit dem Heben der spezifischen Bedrohung und in der Folge dem Annehmen, dem Aushalten und Loslassen der jeweils erdrückend scheinenden Situation.

### Die Themen der Zweiten Grundmotivation

(vgl. Längle A, Lehrbuch der Existenzanalyse 2013, S 84 ff)

Auch hier geht es wiederum darum zuerst die Theorie nochmal abzubilden, um danach die Verbindung zu Elisabeth besser visualisieren zu können.

	Zweite GM
Bewegendes Grundmotiv	Der Mensch will: Wert sein mögen = leben mögen (Grundrage des Lebens: Ich lebe – mag ich leben)

psychisches/ geistiges Instrumentari um	...dafür braucht er <b>Fühlen</b> der Art, wie etwas ist: Gefühl
Psychische/ geistige Funktion	Emotion (Mit-)Fühlen
Tiefstes Erleben	Grund-Beziehung
Voraussetzung (und Folge im Feedback)	Beziehung/ Berührtsein <b>Zeit</b> /Lebensgefühl <b>Nähe</b> /Wärme
Realisation der Grundmotivation	Werte
Die personale Aktivität	Um sich beziehen zu können:  <b>Sich-Zuwenden</b> dem Positiven <b>Trauern</b> um das Negative  Herankomme lassen/Herannehmen (Nähe)
Coping- reaktion	Abwendung: Rückzug, Leisten, Wut entwerten
Bei Fehlender Voraussetzung folgt:	Depression, Sehnsucht, Belastung/Kälte

Der Schwerpunkt der 2. Grundmotivation – das Leben mögen, liegt auf Beziehung, Zeit, und Nähe, es entsteht Wärme. Die Verankerung dazu findet die 2. GM durch die Fähigkeit der Liebe, der Zuwendung. Ziel ist es, sich der Emotion, der inneren Bewegung, zuzuwenden, sie nicht zu übergehen, sondern zu heben.

Die zentrale Frage ist die nach der emotional wahrnehmbaren Qualität in der Beziehung zu etwas. Mag ich das? Mag ich eigentlich mich? Gerade diese Fragen waren für meine Patientin schwer zu beantworten. Sie konnte einem Mögen nur sehr wenig abgewinnen. Die einzelnen Dinge bezogen

sich mehr auf Gewohnheit als auf ein eigenes Mögen. Und sich selber mögen konnte die Patientin gar nicht. Nähe zuzulassen, war für Elisabeth schwer, obwohl dies notwendig ist, um zu fühlen, wie es mir mit etwas geht. Nur durch Nähe werden Dinge wie plötzlich lebendig – durch sich Zeit nehmen und Nähe aufnehmen kann man Dinge viel mehr wahrnehmen. In dieser Beziehung durch die Nähe in der Zuwendung spiegelt sich die Qualität einer Sache für das eigene Leben wider.

Um in das Mögen zu kommen, arbeitete ich mit der Patientin am Mögen und am Nicht-Mögen. Dadurch konnten wir uns annähern zu jenen Aspekten, welche nicht integriert werden konnten. Dieser Schritt in eine Integration war vor allem durch Trauern möglich. Trauer über die Verletzungen, das Allein-Sein, das Abgeschoben werden, die Missbräuche und das Nicht-Genügen. Trauer wird dabei als personaler Akt verstanden. Trauer wird therapeutisch gesehen in drei Phasen eingeteilt: Sein lassen – Inneres Sprechen – Orientierung.

Im Sein lassen wird der Verlust offenkundig und das Gefühl, welches durch den Verlust entsteht, angenommen.

Im Inneren Sprechen werde ich mir selbst ganz bewusst. Durch das Leid bin ich mit mir im Gespräch. Dabei darf ich klagen und mir ermutigend zusprechen.

In der Orientierung stehe ich vor der Entscheidung, dem Verlust zuzustimmen und dem weiteren Leben zu zustimmen.

Mit der Trauer zu arbeiten machte in der therapeutischen Arbeit immer dann Sinn, wenn Lebensphasen therapeutisch abgeschlossen werden konnten.

In der zweiten Grundmotivation der Existenzanalyse wird also das Mögen durch die Personalen Aktivitäten des Zuwendens und des Trauerns auf der Basis, dass man in Beziehung tritt, Nähe aufnimmt und sich Zeit nimmt erarbeitet.

Durch das Mögen entsteht Kraft und Bewegung: Die zwei Momente sind dabei die Erfahrung der inneren Kraft und des Bewegt Seins.

Mit der Patientin versuchte ich durch das Mögen in eine Kraft, einer Dynamik zu sich selbst zu kommen. Durch das Mögen versuchten wir zu den Werten und zum Leben-Mögen der Patientin zu kommen.

Dieses zuständige Fühlen war für die Patientin eine riesige Herausforderung, da sie mit diesen Gefühlen nur sehr schwer umgehen konnte. Es stand sehr stark in Kontrast zu ihrem jahrelangen Umgang. Die dadurch entstandene Spannung schauten wir an und lösten sie Schritt für Schritt auf.

Was trotz der eignen Übergriffigkeit der Patientin gegenüber anderen immer wieder auffällig war, ist, dass sich die Patientin gegenüber anderen mit ihrem Selbst nicht zumutete. Sie betrachtete sich als nicht so wichtig, als dass sie ihre Bedürfnisse und Wünsche den anderen zumuten konnte. Wir müssen uns aber zumuten dürfen, und uns für Wert halten für diese Nähe, um zu einer tieferen Beziehung zu kommen.

Um für Elisabeth mehr Struktur in ihre Gefühlswahrnehmungen zu bringen und damit ev. mehr Klarheit, legte ich ihr die Unterscheidung der Gefühle in Fühlen und Spüren dar. Fühlen (Gefühl) wird

als zuständliches Gefühl, als Nahsinn, als Empfindung verstanden. Es gibt Auskunft, wie etwas bei mir ankommt. Wie empfinde ich etwas? Man spricht hier von der Vitalitätsachse. Ich fühle mich in Beziehung auf etwas subjektiv und bekomme Information, was etwas für mein Leben bedeutet. Ich bekomme durch das Fühlen Zugang zu Werthafem, zu meinen Werten.

Beim Spüren sprechen wir vom Gespür, dem intentionalen Gefühl, dem Fernsinn, der Intuition. Ich erspüre etwas anderes im Außen als Sachverhalt in seiner Art. Ich nehme dabei die Qualität einer Situation in Bezug auf ihre ethische Dimension, ihre Richtigkeit wahr. Man spricht hier von der Erfüllungsachse. Ich spüre, das was objektiv gegeben ist.

Diese Erklärungen zu den Gefühlen unterstützen die Patientin darin, dass sie sich selbst und die Beziehungen besser verstand, und zu verstehen, warum sie wie auf was reagierte.

Grundwert:

Unter Grundwert wird die Urerfahrung verstanden, dass es gut ist zu sein. Die Grundwernerfahrung ist der tiefste Bezugspunkt aller Wertungen. Er ist losgelöst von jeder Leistung (dies ist vor allem für den Selbstwert wichtig)

- ➔ Ich bin und es ist gut, dass ich bin!
- ➔ Den Grundwert erfährt man, in dem man gemocht wird, ohne das etwas geleistet wird.

Der Grundwert ist Ausgangspunkt für die Beziehungsfähigkeit.

Die Patientin hatte einen gering ausgeprägten Grundwert. Darüber versuchte die Patientin (angeleitet) zu trauern, um über die Trauer in Beziehung mit sich selbst zu kommen. Der Grundwert ist Ausdruck dafür, dass man das eigene Leben mag, dass man leben mag, dass Leben für einen gut ist.

Ein Mangel, bzw. Störung des Grundwertes kann an folgenden Punkten festgemacht werden:

- ➔ Abhängigkeit von Anderen  
Beziehungssucht: Ich brauch den anderen, um zu erfahren, dass ich gut bin.
- ➔ Abhängigkeit von Normen und der Bereitschaft sich zu fügen  
Überangepasstheit
- ➔ Unersättlichkeit an Zuwendung  
immer zu wenig - niemand kann genug geben/lieben
- ➔ Depression  
als Manifestation eines fehlenden oder geringen Grundwertes
- ➔ Abwendung und Rückzug  
weil mich ohnehin niemand wirklich mag

Die Intervention fand zweidimensional statt, um den geringen Grundwert zu verbessern: Einerseits durch die therapeutische Haltung, dass es gut war, dass die Patientin da war. Andererseits wurde immer wieder die eigene Haltung der Patientin eingearbeitet, für sich selbst eine gute Mutter/Vater, Freund und Freundin zu sein.

## Die Dritte Grundmotivation

(vgl. Längle A, Lehrbuch der Existenzanalyse 2013, S 84 ff)

Auch hier geht es wiederum darum zuerst die Theorie nochmal abzubilden, um danach die Verbindung zu Elisabeth besser visualisieren zu können.

	Dritte GM
Bewegendes Grundmotiv	Der Mensch will: <b>Selbst sein dürfen</b> (Grundfrage der Person: Ich bin ich - darf ich so sein?)
psychisches/geistiges Instrumentarium	... dafür braucht er <b>Einschätzen</b> des Verhaltens: innere Resonanz und Urteil
Psychische/geistige Funktion	Position/Identität (hin-)Spüren
Tiefstes Erleben	Selbstwert
Voraussetzung (und Folge im Feedback)	Be-Achtung/ Wahrung der Distanz/Reflexion Gerechtigkeit/ Festigkeit/ Autorität Wertschätzung/ Anerkennung des Eigenen
Realisation der Grundmotivation	Authentizität
Die personale Aktivität	Um Wesentliches zu sehen:  <b>Begegnen</b> dem Positiven, <b>(An-)Sehen</b> des Wesens, dazu stehen, ernst nehmen <b>bereuen/verzeihen</b>  <b>Abgrenzen</b> vom anderen, Stellungnahme

Copingreaktion	Selbstverlust, Widerwille, sich distanzieren, funktionieren, Zorn, Ärger Leugnen, spalten
Bei Fehlender Voraussetzung folgt:	Hysterie, Einsamkeit, Ruhelosigkeit, Verletztheit/ sich schämen

„Ich möchte hier in der Welt so sein wie ich bin! Darf ich so sein? – so könnte man die 3. GM zusammenfassen.

Gegenstand der 3. GM ist das Spannungsfeld zwischen Individualität und der Gesellschaft, der Welt. Zentral ist dabei der Umgang mit Grenzen – wo verletze ich Grenzen, meine und die Anderer und wo werden meine Grenzen verletzt? Ziel ist die eigene Abstimmung mit mir und der Welt als personale Leistung. Es geht darum gut zu schauen, wo ich stehe und mich zu positionieren. Dadurch entsteht Klarheit und Festigkeit, wie ich in der Welt und zu mir stehe.

Die spezifische Arbeit in der 3. GM bei Borderline (bei allen Pers.st. des Selbst) ist die tiefe Arbeit am Schmerz, aber so weit sind wir nicht gekommen. Bei Frau E geht es um Entlastung, Orientierung, und Anleitung in der Lebensführung. Es ist das Feld von Psychoedukation, Ressourcenbildung und Stabilisierung ihrer heftigen Psychodynamik indem sie ihre Bedürfnisse und Anliegen wahrnimmt und vertreten kann. Relevant ist dabei der Existenzielle Akt, der beschreibt, dass ich die Entscheidungsmöglichkeit habe, mich selbst zu sein und meine Persönlichkeitszüge anzunehmen oder zu modifizieren.

Ziel in der 3. GM ist die Authentizität, welche sich bildet, indem ich das lebe, was wirklich das Meine ist. Tag für Tag neu entscheide ich mich für das mir Wichtige und das Meine. Instrumentarium dazu ist die PEA – Personale Existenzanalyse, durch welche der Sachverhalt geprüft wird, die eigene Stellungnahme erarbeitet und danach gehandelt wird. Das konnte Frau E nicht erreichen, sie hat sich aus der Therapiearbeit zurückgezogen und möchte derzeit eine Begleitung in größeren Abständen zur Stabilisierung.

### ***Selbstwert als Schlüssel zur Selbstentfaltung***

(Vgl. Selbstwert als Schlüssel zur Selbstentfaltung, Christoph Kolbe, GLE-D, Herbsttagung 2010)

Der Selbstwert hat sein Fundament, seinen Rückhalt in Angenommensein, Einzigartigkeit und Selbstseinkönnen. Der Grundwert als Eigenwerterfahrung ist mit der Legitimation und Rechtfertigung Grundlagen zum Selbstwert.

Die Selbstwertentwicklung (vgl. Längle, 2013 S79ff) entsteht durch Selbstbild, Selbstbeachtung mit Selbstentfaltung, Selbstwertschätzung, Authentizität und Selbstkritik. Bei Elisabeth bleibt der Selbstwert instabil, hat aber einen spürbaren Ansatz bekommen.

Angeführt sind hier lediglich die ersten drei Grundmotivationen, da es bei der angeführten Patientin mit dem Störungsbild der Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ um ein Arbeiten an der vierten Grundmotivation zu diesem Zeitpunkt noch nicht gegangen ist. Eine Zukunftsperspektive mit Elisabeth zu erarbeiten, war noch nicht möglich. Sobald Elisabeth es zulässt, würde es Sinn machen, mit Elisabeth zu klären, um was es in Ihrem zukünftigen Leben gehen könnte. Das Wofür sich ein Leben lohnt zu erarbeiten, wäre ein nächster Schritt.

### **Resümee: Existenzanalytische Therapie der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ.**

Wie wir im Vorfeld zu diesem Kapitel gesehen haben, liegt die grundlegende Problematik der PST vom Borderline-Typ darin, dass positive, haltgebende Grundbeziehungen fehlen. Für die Klienten, so auch bei der beschriebenen Patientin, sind zu Beginn der Therapie keine positiv besetzten Beziehungen erlebbar oder auch nur eruierbar. Somit zentral und Grundlage für die Therapie in den einzelnen Therapiephasen ist die sichere, unter (fast) allen Bedingungen, haltende, professionelle Beziehung zwischen Klient und Therapeut. Dies stellt den Therapeuten wiederholend vor die Herausforderungen, seiner eigenen Grenzen bewusst zu sein und jene auch zu schützen, da Menschen mit der Pathologie der PST-vom BD-Typ jene immer wieder auszureizen versuchen. Vor allem Elisabeth war darin Meisterin. Diese Grenzen müssen auch immer wieder aufgezeigt werden und psychoedukativ erläutert werden. Die therapeutische Beziehung soll sozusagen als Lehrbeziehung für die Zukunft verstanden werden. Da die für die Bindungstherapie zentralen Beziehungen bei diesem Störungsbild immer wieder nicht gehalten wurden, kommt der therapeutischen Beziehung eine hohe Bedeutung zu. Ansonsten besteht die Gefahr einer Retraumatisierung – einer neuerlichen Erfahrung, dass Beziehung nicht halten.

Aus existenzanalytischer Sicht kann die Therapie in drei Phasen unterteilt werden: einer Anfangsphase und einer Trennungsphase, darin eingebettet die eigentliche Therapiephase mit spezifischer Arbeit an der zweiten und dritten Grundmotivation.

#### ***Erste Therapiephase***

In dieser Begegnungsphase geht es vor allem darum die Bereitschaft zur Therapie herzustellen und eine Therapiefähigkeit zu erzeugen. Schwerpunkt liegt hier, wie bereits oben beschrieben auf der Herstellung der Therapeutischen Beziehung, welche tragen und halten muss. Dies ist notwendig, um Herausforderungen des Alltages strukturiert angehen zu können. Dabei geht es auch um das Verstehen durch den Patienten von eigenen Gefühlen wie z.B. Aggression und Hoffnungslosigkeit. Oft geht es dabei auch um das Verstehen, wie die Beziehungsstrukturen funktionieren. Wie es zu wiederholenden Verletzungen in Beziehungen kommt. Es zeigt sich dabei auch, dass es immer wieder wichtig ist, Zukunftsperspektiven zu visualisieren, um Ressourcen zu aktivieren. Es geht hier noch nicht um eine Reflexion von Lebensentscheidungen, sondern darum ein vages Zukunftsbild zu zeichnen, um auch Kraft für die harte Arbeit für Elisabeth zu generieren. Dabei geht es auch um das Verstehen, wie die eigenen Lebenseinstellungen sind. Patienten mit der PST vom BD-Typ neigen dazu, sich alleine zu sehen und dass nur ihr eigenes Leben so schwer ist.

An dieser Stelle möchte ich darauf hinweisen, dass ich bei Patienten mit diesem Störungsbild eng mit Fachärzten der Psychiatrie zusammen arbeite, um einerseits eine gute medikamentöse Einstellung

sicher zu stellen und andererseits, dass jemand einen zweiten Blick auf den Patienten hat. Der Zusammenarbeit mehrerer Disziplinen, unter Berücksichtigung der Verschwiegenheit, kommt eine hohe Bedeutung zu. Dabei ist es für alle Disziplinen wichtig, einen achtsamen Blick auf den Patienten zu haben – vor allem für den Psychotherapeuten, dass der Patient, trotz aller Schwere und Spaltungstendenz des Patienten, im Vordergrund steht. Das Leiden wird fokussiert. Das Leben und Erleben wird verstanden und getragen. Um dies aber auch tragen zu können, müssen Ressourcen aktiviert werden. Dazu gehört das Innere Gespräch, Arbeiten mit dem Inneren Kind, Wohlfühlgarten, Sicherer Ort, Stuhlmethode, BASK-Modell etc.

Der Therapeut ist hierbei ein steter Begleiter, der es „mit aushält“, wo alles sein darf.

Ziel ist dabei das Einüben von Stellungnahmen und ICH-bezogenem Positionieren, anstelle mit Affekt und Impulsivität zu reagieren.

### *Zweite Therapiephase – 3. Grundmotivation*

Generell kann diese Phase in Selbstwahrnehmung, der Begegnung mit dem Personalen Selbst und der Selbstkonfrontation aufgeteilt werden.

Selbstwahrnehmung: Es geht hier um das Lernen, eigene Gefühle und Wahrnehmungen zu registrieren, sie zu verstehen und nicht gleich abzuwerten.

In der Begegnung kommt es zu einer stabilisierenden inhaltlichen Wirkung durch den Psychotherapeuten.

### *Zweite Therapiephase – 2. Grundmotivation*

Zentral ist die Entwicklung des eigenen Verständnisses für sich. Zu verstehen, warum man wer selbst ist. Das Annehmen der eigenen Person – des personalen ist zentraler Eckpfeiler. Dies kann auch durch biographisches Arbeiten erreicht werden (z.B. unter Entwicklung von Genogramm, Lebenslinien, emotionales Struktogramm aus der Traumatherapie)

Wichtig ist dabei auch die Auseinandersetzung mit dem eigenen Körpers, das Annehmen des Gefühlten in und an sich.

Gut dabei ist es auch, die therapeutische Beziehung zwischen Klient und Therapeut immer wieder zu reflektieren. Oft kommt es auch zu Verliebtheitsphasen, welche bei Offensichtlichwerden, umgehend angesprochen und geklärt werden sollen. Als was wird der Therapeut verstanden? Mit welchem Gefühl kommt die Klientin in die Therapie?

### *Dritte Therapiephase – die Trennung*

In der Trennungsphase kann die Therapie und die persönliche Entwicklung in diesem Zeitraum reflektiert werden. Ich erachte es als wichtig, zu klären, was die Veränderung ermöglicht hat. Aber auch zu klären, welche Gefahren vorliegen, um eine erneute Erkrankung zu riskieren, ist wichtig. Da Patienten mit einer PST vom Bd-Typ meistens unter Beziehungsabbrüchen leiden, ist es relevant, die therapeutische Beziehung langsam ausschleichen zu lassen.

## Zusammenfassung und persönliches Resümee der Behandlung

Vor allem auf Basis der phänomenologischen Gesprächsführung (vgl. Längle A. (Hg.) Selbstbild und Weltsicht. Phänomenologie und Methode der Sinnwahrnehmung. Wien: GLE-Verlag, S. 44-46) konnten gut die Kernelemente der einzelnen Situationen herausgearbeitet werden. Die traumatischen Erlebnisse wurden nicht aufgearbeitet sondern der Umgang mit Ihnen erträglich gemacht. Das bewusste Provozieren von Flash-Backs und den positiven Umgang wiederholten wir mehrmals. Stabilisierende Maßnahmen waren dabei zentrale Elemente. Dabei kam auch die Sesselmethode immer wieder zum Einsatz. Auch Atemübungen und Erfassen des eigenen Körpers waren wiederkehrende Elemente.

Für mich essentiell war die Patientin-Therapeuten-Beziehung, welche sich als Anker immer wieder zeigte – Wie kann Beziehung überhaupt gestaltet werden? Diese Beziehung als Lehr-Beziehung verstehen.

Offene Themen:

- Beziehung zu ihrem Mann.
- Was gibt wahrhaftige Erfüllung im meinem Leben?
- Traumakonfrontation und
- Traumaintegration

Da es sich doch um eine schwer- bis komplex traumatisierte Patientin handelt und die pathologischen Elemente umfassend waren, war es für mich wichtig, neben dem ärztlichen Back-Up an Fachärzten, Assistenzärzten und weiteren Therapeuten Rückhalt in der Supervisionsgruppe der Existenzanalyse aber auch der Intervisionsgruppe des Landeskrankenhauses Rankweil zu finden. Denn manchmal war ich mit meinem Latein am Ende, bzw. war es für mich gut zu hören, dass ich auf dem richtigen Weg bin und mich nicht abbringen lassen soll.

Schwierig war es und ist es nach wie vor, nicht zu viel Verantwortung für den Patient zu übernehmen. Diese Frage stellt sich für mich immer wieder, wenn es um die Erreichbarkeit für die Patienten geht und wie bei F61,31 damit umgegangen werden soll. Vor allem, wenn es wieder um Selbstmordversuche geht. Dabei waren für mich auch die unterschiedlichen Intoxikationen schwierig.

Auch wurde ich immer mehr Ansprechpartner für die ganze Familie in Krisensituationen, was für mich an der Grenze des Sinnvollen war.

Kritisch betrachte ich auch die sich teilweise konkurrenzierenden Helfersysteme, welche mich dann versuchten einzuspannen (Jugendwohlfahrt, NASA, LKH-Rankweil, Psychotherapeut).

## Literaturverzeichnis:

M. Bohus, C. Schmahl, S. C. Herpertz, K. Lieb, M. Berger, S. Roepke, A. Heinz, J. Gallinat, L. Lyssenko (2016) Leitliniengerechte stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung – Normative Personalbedarfsermittlung. In: Der Nervenarzt 2016, 7, S 1ff

Dilling H., Mombour W, Schmidt M. H.,(2009) Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V(F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. Verlag Hans Huber, Bern, 7. überarbeitete Auflage

Frankl V (1990) Der leidende Mensch, Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. München,: Piper, S 198 f

Jaspers K (1963) Gesammelte Schriften zur Psychopathologie. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer

Kolbe C (2010) Selbstwert als Schlüssel zur Selbstentfaltung, Vortrag anlässlich der GLE-D, Herbsttagung am 18.9.2010 in Hannover, (unpublizierter Vortrag)

Längle A (1990) Anmerkungen zur phänomenologischen Haltung und zum Wirklichkeitsbegriff in der Psychotherapie. In: Längle A. (Hg.) Selbstbild und Weltsicht. Phänomenologie und Methode der Sinnwahrnehmung. Wien: GLE-Verlag, 44-46

Längle A (1998) Ursachen und Ausbildungsformen von Aggression im Lichte der Existenzanalyse. In: Existenzanalyse 15, 2, 4-12

Längle A (1999) Die Spaltung des Selbst. Eine Theorie der Persönlichkeitsstörungen der histrionischen Gruppe. In: Existenzanalyse 16, 2, 15-18

Längle A (2000) Phänomenologische Dialogübung („Sesselmethode“). In: Existenzanalyse 17, 1, 21-30

Längle A (2002a) Die Persönlichkeitsstörungen des Selbst. Eine existenzanalytische Theorie der Persönlichkeitsstörungen der hysterischen Gruppe. In: Längle A (Hg) Hysterie. Wien: Facultas, 127-156

Längle A (2002b) Das Selbst als Prädilektionsstelle von Dissoziation und Spaltung . In: Längle A (Hg) Hysterie. Wien: Facultas, 157-176

Längle A (2013) Lehrbuch der Existenzanalyse, Grundlagen. Wien: Facultas Verlag

Lieb K, Frauenknecht S, Brunnhuber S (2012) Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie, Urban & Fischer Verlag, München 7. Auflage

LUSS K et al (1999) Diagnostik in Existenzanalyse und Logotherapie. In: Existenzanalyse 2/99, 4-9,

§ 8 des Unterbringungsgesetzes vom 20.8.2016, Rechtsinformationssystem des Bundeskanzleramts

## Anhang

Anhang 1: Anamnesebogen



Anamnese  
Vorlage.pdf