

# Abschlussarbeit

## Erfahrungen und Reflexionen zur Anwendung von Skills der dialektischen Verhaltenstherapie in der existenzanalytischen Psychotherapie mit Borderline-PatientInnen


Abschlussarbeit für die fachspezifische Ausbildung der Existenzanalyse

Ausbildungsleiter: Dr. paed. Christoph Kolbe

Mai 2018

eingereicht von: Mag.<sup>a</sup> Manuela Seifert

eingereicht bei: Dr. Zdenka Camachova Davet, Dr. Christine Orgler

angenommen am 04.09.18 von 

angenommen am 19.9.18 von 

eingereicht beim Lehrgangleiter Dr. paed. Christoph Kolbe

angenommen am 15.10.18 von 

## **Zusammenfassung**

Das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung ist in der psychotherapeutischen Behandlung oftmals eine große Herausforderung. Der Therapeut ist nicht nur in seinem fachlichen Können, sondern auch in Bezug auf seine persönlichen Grenzen sehr gefordert und angefragt. Vor allem in der Arbeit mit Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erleichtert eine Vielfalt an Strategien den therapeutischen Prozess enorm. Umso breiter diese Palette ist, desto umfangreicher und ganzheitlicher kann der Patient angeleitet werden. Dafür wird es notwendig, aus dem bestehenden Feld der Interventionen und Methoden, die für den Patienten passenden herauszunehmen. Ziel sollte es sein, das Bestmögliche für den Patienten anzubieten, damit er unterstützt werden kann, das Optimum für sich zu erreichen und die ideale Veränderung bei sich zu bewirken. Die folgende Arbeit ist ein Versuch, die dialektische Verhaltenstherapie und vor allem deren Skillstraining in den Ansatz der Existenzanalyse zu integrieren.

**Schlüsselwörter:** Borderline-Persönlichkeitsstörung, Existenzanalyse, Dialektische Verhaltenstherapie (DBT), selbstschädigende/dysfunktionale Verhaltensweisen, Skills

## **Abstract**

The presence of a personality disorder can be a big challenge during a psychotherapeutic treatment. The therapist is not only in need of his professional skills, also his personal borders are asked for. A wide variety of strategies lightens the work with people with a boarderline personality disorder. The wider this variety is, the more extensive and holistic can the patient be guided. Fort hat guidance it's necessary to find the most adequate interventions and methods from the existing for the patient.

The aim should be to offer the best possible to the patient, so that he gets support by reaching the optimum and can cause the most ideal change for himself.

Following paper tries to integrate the dialectic behavioral therapy, especially the, skillstraining, to the approach of existential analysis.

**Keywords:** borderline personality disorder, existential analysis, dialectic behavioral therapy (DBT), disfunctional behaviour, Skills

## **Inhaltsverzeichnis**

Zusammenfassung/Abstract

Inhaltsverzeichnis

Einführung

1 Dialektische Verhaltenstherapie

2 DSM-4-TR Klassifizierung der Borderline Persönlichkeitsstörung 301.83 (F60.31)

3. Ätiologie der Borderline-Störung

3.1 Die Ätiologie aus Sicht der Existenzanalyse

3.2 Die Ätiologie aus Sicht der dialektischen Verhaltenstherapie

4. Die Therapie der Borderline-Störung

4.1 Der therapeutische Ansatz der Existenzanalyse

4.2 Der therapeutische Ansatz der dialektischen Verhaltenstherapie

5. Die Einbettung der Skills der dialektischen Verhaltenstherapie in die vier Grundmotivationen

5.1 Erste Grundmotivation

5.2 Zweite Grundmotivation

5.3 Dritte Grundmotivation

5.4 Vierte Grundmotivation

6. Gegenüberstellung

7. Diskussion

Literaturangabe

Um den Lesefluss nicht zu stören, wurde beschlossen, im Text ausschließlich die männliche Form zu verwenden. Jedoch wird auch die weibliche Form in den Inhalt der Ausführungen miteingeschlossen.

## **Einführung**

Die Abkürzung DBT (dialectic behavioral therapy/dialektische Verhaltenstherapie) hatte ich schon einmal gehört, es war mir ein Begriff. Ich wusste auch, dass es eine für Borderline-Persönlichkeitsstörung speziell entwickelte Therapie ist und dass Skills eine wichtige Rolle spielen, das war es dann aber auch schon mit meinem Wissen. Ich wusste also nicht wirklich, worauf ich mich da einließ, als ich zusagte, die Vertretung der Co-Therapeutin in der Skillsgruppe der dialektischen Verhaltenstherapie für ein paar Nachmittage zu übernehmen. Schnell organisierte ich mir noch die entsprechende Fachliteratur, um zumindest einen Hauch von einer Ahnung zu haben, was da auf mich zukam. Von der leitenden Therapeutin Mag. Cornelia Heinzle erhielt ich noch die Informationen über den aktuellen Stand in der Therapie der betreffenden Gruppe und welche Aufgaben der Co-Therapeutin – in dem Fall also mir - zugeteilt wurden. So stand ich nun am ersten dieser besagten Nachmittage als Co-Therapeutin im Gruppenraum, gespannt auf die folgenden Stunden.

Ich war überrascht von der Strukturiert- und Klarheit der Gruppentherapie. Der Ablauf war genau geplant, was für die Patienten eine große Hilfe zu sein schien und alle hielten sich mit einer absoluten Selbstverständlichkeit daran. Der leitenden Therapeutin gelang es auch, eine warme und angenehme Arbeitsatmosphäre zu gestalten. Neben intensivem sich-einlassen, sich-beteiligen und lernen, wurde auch gelacht und miteinander gescherzt. Dies ist eine beachtliche Leistung, wenn bedacht wird, dass Symptome wie Impulsivität, aggressive Durchbrüche, Suizidalität, selbstverletzendes und anderes dysfunktionales Verhalten die Arbeit mit Borderline-Patienten im Normalfall sehr erschweren können. (6, Dinohobel, et. al., 2017) An dieser Stelle muss auch erwähnt werden, dass diese Gruppe schon etwas fortgeschrittener im Therapieprozess war. Die Patienten setzten schon relativ gekonnt Skills ein, wenn sie unter Anspannung gerieten und es ihnen schwerfiel, an der Therapiestunde weiterhin teilzunehmen.

Der Lerneffekt in diesen Gruppen ist, meiner Meinung nach, sehr hoch, da das Erlernete sofort umgesetzt und geübt wird. In Wochenaufgaben (=Hausübungen) werden diese Übungen von den Patienten in ihrem privaten Alltag vertieft. In der

Folgestunde werden diese Übungen nachbesprochen und eventuelle Unklarheiten beseitigt. Dadurch konnte auch ich mir in kurzer Zeit neues Wissen aneignen, welches sich als sehr hilfreich und unterstützend herausstellte - nicht nur in der therapeutischen Arbeit mit Borderline-Patienten. Dieser „Ausflug“ in die dialektische Verhaltenstherapie war schlussendlich eine große Bereicherung für mich, nicht nur in beruflicher Hinsicht.

Dieser Einblick in diese spezifische Therapie weckte mein Interesse und ich befasste mich noch mehr mit dem Thema der Skills in der dialektischen Verhaltenstherapie. Auf Grund des Mangels an Therapeuten, welche in der dialektischen Verhaltenstherapie ausgebildet sind, kam dann auch die Frage nach dem Angebot der Einzeltherapie für die Gruppenteilnehmer an mich. Einzeltherapie war ein Bestandteil der gesamten dialektischen Verhaltenstherapie und jeder Teilnehmer sollte die Möglichkeit einer Einzeltherapie erhalten. Ich war bemüht, die Inhalte der in der Gruppe erlernten Themen in der Therapiestunde zu integrieren. Zu Beginn holte ich mir dabei Unterstützung von meinem Vorgesetzten und erfahrenem DBT Trainer Dr. med. Daniel Kaufmann. Er versuchte, mir geduldig die Strategien näher zu bringen. Es gelang mir nicht wirklich, die Methoden und Techniken der dialektischen Verhaltenstherapie, wie zum Beispiel die Kettenanalyse, richtig umzusetzen. Dies war auch nicht wirklich verwunderlich, da ich nicht in der Verhaltenstherapie ausgebildet war. Zumindest glaube ich, dass dies der Grund für die anfängliche Frustration gewesen sein könnte. Die Arbeit begann nicht zu fließen, jede Stunde war noch anstrengender, es fühlte sich nach Stillstand an und ich hatte den Eindruck, mit den Patienten nicht richtig in Beziehung zu kommen. Nachdem ich mir klar über die Gründe wurde, hatte ich mich dazu entschieden, wieder auf mein erlerntes Wissen der Existenzanalyse zurückzugreifen und wieder zu der Haltung der Phänomenologie zurückzukehren. Ich bemerkte in der darauffolgenden Stunde sofort eine Veränderung im Therapieprozess. Jedoch stellte ich aber auch fest, dass die Skills eine große Unterstützung in der Therapie für mich geworden waren. Ich hatte das Gefühl, die Patienten mit diesen Skills im therapeutischen Prozess nun besser unterstützen zu können. Die bis dahin oft anstrengende Arbeit begann Spaß zu machen und ich entwickelte mit der Zeit eine Selbstverständlichkeit bei der Anleitung der Patienten für die Anwendung der Skills. Die therapeutische Arbeit, speziell auch

mit Borderline-Patienten, blieb eine Herausforderung, jedoch fühlte ich mich gewappneter. Ich hatte das Gefühl, vollständiger arbeiten zu können.

Der Sichtweise auf das Menschenbild der Existenzanalyse kann ich mich gut anschließen und die Haltung, die diese therapeutische Richtung anstrebt, anzunehmen, ist für mich keine Schwierigkeit, es scheint wie selbstverständlich zu sein. Die existenzanalytischen Methoden und Techniken waren sehr hilfreich in der therapeutischen Arbeit. Patienten fühlten sich in der Regel sehr wertgeschätzt und vor allem verstanden. In gewissen Situationen in der Therapie jedoch kam ich als Therapeutin an einen Punkt, bei der mir das Wissen fehlte, den Patienten richtig anzuleiten. Es fehlte mir gewissermaßen das Handwerkszeug, um den Patienten einen guten Umgang mit hohen Emotionen zu vermitteln. Bei hoher emotionaler Anspannung ist es auch nur schwer bis kaum möglich mit den Patienten änderungsorientiert zu arbeiten. Die Skills der dialektischen Verhaltenstherapie waren für mich persönlich an dieser Stelle die ideale Ergänzung. Von der klaren Vorgehensweise und dem genau strukturierten Ablauf dieser spezifischen Therapie konnte ich einige Ideen übernehmen. Dies half mir, in der Therapiestunde einen roten Faden zu behalten und auch bei hoher Emotionalität des Patienten den Überblick über den Prozess zu bewahren. Aber auch die personalen Aktivitäten „annehmen, aushalten und los-lassen“ halfen mir, nicht mit in die Emotionalität und das Coping des Patienten mit einzusteigen, sondern mit einem guten Abstand den Patienten zu unterstützen und zu begleiten.

Ich hatte das Gefühl, durch die Haltung der Existenzanalyse leichter in Beziehung mit den Patienten zu kommen und durch die Phänomenologie das Wesentliche besser erfassen zu können. Durch die dialektische Verhaltenstherapie konnte ich unterstützende Skills vermitteln, die bei Emotionsregulation helfen. Mein Interesse war geweckt genauer hinzuschauen, an welchen Stellen sich die beiden Richtungen gut ergänzen könnten, zumal im klinischen Alltag die Arbeit mit Borderline-Patienten nicht so selten vorkommt.

Können sich zwei, auf den ersten Blick so unterschiedliche, Ansätze generell gegenseitige Akzeptanz entgegenbringen und einander sogar ergänzen? In dieser Arbeit wird der Versuch unternommen, die Skills, als wesentlicher Aspekt der

dialektischen Verhaltenstherapie, in die spezifische Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung der Existenzanalyse zu integrieren.

## **1 Dialektische Verhaltenstherapie**

Im Folgenden wird eine kurze Übersicht über die dialektische Verhaltenstherapie gegeben:

Die dialektische Verhaltenstherapie (DBT – dialectic behavioral therapy) wurde ursprünglich von Marsha Linehan begründet. Es handelt sich dabei um ein manualisiertes und störungsspezifisches Verfahren zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung und beruht auf den Einflüssen der Verhaltenstherapie, der kognitiven Therapie, der Gestalttherapie, der Hypnotherapie und der Zen-Meditation. (6., Dinohobel et. al.,2017)

Das Herzstück der DBT ist das Erlernen der Skills, mit deren Hilfe die Reduktion von dysfunktionalen Verhaltensweisen angestrebt wird. Auch der Therapievertrag ist ein wesentlicher Bestandteil, er gibt die Möglichkeiten und Grenzen der Beziehung und der Therapie vor (6., Dinohobel et. al., 2017). Mit Hilfe der Kettenanalyse wird das Erkennen des Auslösers und eine Veränderung des (dysfunktionalen) Verhaltens angestrebt. Ebenfalls ein zentraler Punkt ist das Validieren, wodurch es zu einer positiven Verstärkung adäquater Verhaltensweisen kommt.

Als umfassendes ambulantes Behandlungsprogramm gliedert die DBT die Therapie in:

- ➔ wöchentliche Einzeltherapie,
- ➔ eine wöchentliche Skillsgruppe,
- ➔ Telefonkontakte in Krisensituationen und
- ➔ eine Supervisionsgruppe bestehend aus DBT-Therapeuten (3, Koerner, 2013)

Randomisierte Studien bestätigen die Wirksamkeit bei Verhaltensproblemen wie zB Suizidversuchen, selbstverletzendes Verhalten, Bulimie, Binge Eating, Depressionen im Alltag. D.h. die dialektische Verhaltenstherapie ist nicht nur bei chronischer Suizidalität oder Borderline-Persönlichkeitsstörung indiziert, sondern auf breiter Basis



anwendbar um Erkrankungen mit tiefgreifenden Störungen der Emotionsregulation zu behandeln. (3, Koerner, 2013)

## **2 DSM-4-TR Klassifizierung der Borderline-Persönlichkeitsstörung 301.83 (F60.31)**

In der DBT werden die Kriterien des Klassifikationssystem DSM bevorzugt, da es ein klareres Bild vermittelt, als das Klassifikationssystem ICD – 10. Die Kriterien sind einfach beschrieben und können somit auch verwendet werden, um mit den Patienten die Diagnose zu besprechen. Gemeinsam können die Kriterien durchgelesen werden und der Patient kann mitentscheiden, ob diese auf ihn zutreffen oder nicht – ob er sich in den Beschreibungen wiedererkennt. Dadurch erhalte ich, die Therapeutin, zu Beginn der Behandlung auch einen guten Einblick inwieweit der Patient in der Lage ist, sein Verhalten zu reflektieren. Es ist auch eine Gelegenheit, dem Patienten die Diagnose behutsam und mittels Anfragen nahe zu bringen. Es hilft dem Patienten auch, eher in Distanz zu kommen zwischen seiner Person und dem Schwierigkeiten fördernden Verhalten. Durch dieses Vorgehen des gemeinsamen Erarbeitens der Diagnose, fühlt sich der Patient gesehen, ernst genommen und gehört.

Natürlich darf dabei nicht vergessen werden, dass die Kriterien gegeben sein müssen, um von einer Persönlichkeitsstörung sprechen zu können. Laut dem DSM-V muss ein von der Norm abweichendes Muster (im Bereich der Kognition und Affektivität, im zwischenmenschlichen Bereich und bei Impulsivität) vorliegen, welches zu einem Leiden oder einer Beeinträchtigung führt, über längere Zeit vorliegt und bis zumindest in die Adoleszenz zurück zu verfolgen ist. Dieses Verhalten lässt sich nicht als Folge einer anderen Störung oder Erkrankung erklären, ist nicht durch die physiologische Wirkung einer Substanz hervorgerufen und ist tiefgreifend und unflexibel. Die spezifischen Kriterien für die Borderline-Störung sind laut DSM:

*„Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Die Störung beginnt*

*im frühen Erwachsenenalter und tritt in den verschiedensten Situationen auf.*

*Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:*

1. verzweifelt Bemühen, tatsächliches oder vermutetes verlassen werden zu vermeiden. **Beachte:** Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind,
2. ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist,
3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung,
4. Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Fressanfälle“). **Beachte:** Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind,
5. wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder –drohungen oder Selbstverletzungsverhalten,
6. affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern),
7. chronische Gefühle von Leere,
8. unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen),
9. vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.“

(1., Saß et. al., Seite 259, 2003)

### **3. Ätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung**

#### **3.1 Ätiologie aus Sicht der Existenzanalyse**

„Die Not des Borderline-Patienten ist sein inneres Erkalten, ein gewaltsames Sich-entrissen-werden, ein Gefühl des Amputiert-werdens. 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 entgegen zu wirken, wobei Außenbeziehungen zu den stärksten Reizen gehören.“ (4, Längle, Seite 17, 1999)

In der Existenzanalyse wird davon ausgegangen, dass bei den Persönlichkeitsstörungen das traumatisierende Thema in der 3. Grundmotivation liegt. In der 3. Grundmotivation geht es um die personale Auseinandersetzung mit dem Selbstsein in der Gemeinschaft. Es stellt sich die Frage: „Ich bin, aber darf ich auch so sein wie ich bin?“ (4, Längle, 1999) Durch die traumatisierende Entwicklungsgeschichte entsteht ein Defizit auf dieser Ebene, welches die Entfaltung des Selbst und das Entstehen für die eigene Person verhindert. Es entsteht eine Störung des Selbstbildes. Da, wo kein Bild von sich selbst entsteht, bleibt eine Leere zurück, welche schmerzhaft ist und das Gefühl, nicht zu genügen, nicht zu reichen oder von sich selbst völlig abgeschnitten zu sein, auslöst.

„Allen Persönlichkeitsstörungen gemeinsam ist ein Schmerz, persistiert dieser Schmerz so führt dies schließlich zu einer Art „Nachgeben“ der Struktur der Persönlichkeit, wodurch die spezifische Störung entsteht. Diese Spezifität des Schmerzes wird als eine Ursache zur Differenzierung der PST angesehen. (4, Längle, Seite 17, 1999)

Beim spezifischen Schmerz der Borderline-Persönlichkeitsstörung geht es um die Sehnsucht danach „das Leben zu fühlen“, aber dafür kein Gefühl zu haben und kein Recht zu empfinden für das eigene Erleben. Es geht um den Schmerz, um die verlorene Beziehung zu sich selbst (2. Grundmotivation). Dadurch kommt es zu einem Selbstverlust, welcher wiederum diesen spezifischen, unerträglichen und meist

dissoziierten Schmerz verstärkt. (17, Kolbe, 2016) Der Borderline-Patient spürt nur die schützende und gleichzeitig bedrohliche Leere. Diese Leere wird meistens versucht durch intensive Beziehungen zu füllen, welche in dieser Intensivität nicht haltbar sind. (4, Längle, 1999) Zu dem „was ist“ findet der Borderline-Patient keinen Zugang, er ist von sich selbst abgeschnitten und spürt sich selbst nicht. Nur manchmal ist diese „Selbst“ fragmentiert da. Der Borderline Patient hat deshalb keine Orientierung nach innen, weiß nicht, wie es in ihm aussieht. Ebenso kann er auch nicht nachvollziehen welche Wirkung er nach außen hat. Diese existenzielle Leere führt zu einem tiefen Gefühl der Haltlosigkeit. (20, Kolbe, 2017)

Diese Haltlosigkeit kann erklärt werden durch eine Unfähigkeit des Borderline-Patienten eine personale Position zu beziehen. Das Verhalten auf der Reaktionsebene dominiert und die Stellungnahme zu sich selbst geht verloren. Das bedeutet, dem Eindruck folgt ungehindert die Reaktion. Die innere Stellungnahme fehlt auch vor der Öffentlichkeit. Das intimste (was man von der Situation hält und empfindet) wird geschützt, aber nicht entwickelt und schon gar nicht der Welt gezeigt. Der Borderline-Patient schützt sich vor dem Beziehungsverlust bzw. der Beziehungsgewalt, um nicht weiter zerstört zu werden. (4., Längle, 1999)

In der Existenzanalyse werden insgesamt zwei Einflussfaktoren für die Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung angesehen:

- a) gegensätzliche, desorganisierte Erziehungsweisen oder Überengagement
- b) schwere und frühe Traumatisierung in Beziehungen durch wichtige Bezugspersonen (20, Kolbe, 2017)

Durch diese frühe und schwere Traumatisierung ist das ambivalente Verhalten der Borderline-Patienten auf der Beziehungsebene durch die Intention geprägt, welche ein Bedürfnis nach schützender Nähe hegt, bei gleichzeitiger Abwendung angesichts der Gefahr. Dieses ambivalente Verhalten wird von den Partnern oft nicht verstanden und es wird mit Unverständnis und Unmut reagiert. Dies führt dazu, dass der Borderline-Patient von seinem Partner enttäuscht ist oder das Gefühl hat, dass seine Bedürfnisse nicht erfüllt werden. Der Beziehungspartner wird dann sofort fallengelassen. Dies wiederum bestätigt das chronische Gefühl der Leere und der Einsamkeit, wodurch es zu einer Verstärkung der Anspannung kommt. Die

Anspannung versucht der Borderline-Patient üblicherweise durch dysfunktionale Verhaltensweisen abzubauen. Dysfunktionale Verhaltensweisen meint selbstschädigende Handlungen, wie zum Beispiel das Ritzen, Substanzmissbrauch, Promiskuität, rücksichtsloses Fahren. Generell ist jedes Verhalten gemeint, welches auf lange Sicht negative Auswirkungen hat. Diese haben den Vorteil, dass sie sehr schnell Anspannung abbauen. Die Betroffenen können sich selbst für eine kurze Zeit gut fühlen und genießen es zu spüren wie die Spannung nachlässt und sich Ruhe in ihnen breit macht. (20, Kolbe, 2017)

Selbstschädigende/dysfunktionale Verhaltensweisen verhelfen dem Patienten kurzfristig...

1. ...das Selbst zu fühlen,
2. Druckabbau der inneren Anspannung zu erzielen,
3. den Selbsthass nach außen zu projizieren,
4. und den eigentlichen Schmerz durch selbst zugefügten Schmerz zu verdrängen (7, Lilo Tutsch, 2017)

Wie bereits erwähnt, führen diese dysfunktionalen Verhaltensweisen jedoch langfristig zu Folgeschäden, wie z.B.: Entstehung von Sucht bei Substanzmissbrauch, Infektionen durch Schnittverletzungen, Führerscheinabnahme durch rücksichtsloses Fahren, etc. Zudem werden diese Verhaltensweisen von der Gesellschaft nicht akzeptiert und es folgen Sanktionen (z.B. Beziehungsabbruch, Ausschluss aus einer Gruppe, Führerscheinentzug, Verlust des Arbeitsplatzes, ...), welche die Ängste und Befürchtungen des Borderline-Patienten bestätigen. Dadurch wird wiederum das selbstentwertende Denken („ich kann nichts“, „ich bin schlecht“, „mich mag man nicht“) angestoßen und es kommt erneut zu einer Anspannung, welche wiederum durch dysfunktionales Verhalten abgebaut werden will. (10, Rauch, 2017)

In einer genauen Anamnese kann festgestellt werden, dass die meisten Borderline-Patienten bereits in der Kindheit an Schlafstörungen gelitten haben und verstärkt nach Entspannung suchen. Oft können sie sich als Erwachsene ein Durchschlafen und auch Träumen nicht mehr vorstellen. Sie entwickeln dabei Ticks um einschlafen zu können, z.B. durch die Flucht in die innere Leere. Diese innere Leere ist, wie bisher angenommen, nicht nur schmerzhaft. Die innere Leere und auch die bereits

erwähnte Selbstentwertung führen zu einer Vereisung des Körpers, was immer wieder zu einer Entspannung führt. Der Wechsel zwischen An- und Entspannung kann innerhalb kurzer Zeit erfolgen. Borderline-Patienten fällt es generell sehr schwer sich zu entspannen. Sich fallen zu lassen ist für sie kaum möglich. Die Anspannung nimmt trotz Entspannung zu, das führt wieder zur Anwendung von dysfunktionalen Verhaltensweisen um diese Anspannung abzubauen. Somit wird der Kreislauf geschlossen. (10., Rauch, 2017)

### **3.2 Ätiologie aus Sicht der dialektischen Verhaltenstherapie**

Die dialektische Verhaltenstherapie betrachtet als Ursache der Borderline-Persönlichkeitsstörung eine vulnerable biologische Disposition und ein invalidierendes soziales Umfeld. „Diese biosoziale Theorie geht davon aus, dass

1. problematische oder gestörte Verhaltensweisen, insbesondere stark dysfunktionale Verhaltensweisen, von einer Störung der Emotionsregulation herrühren oder ein Versuch sind, die Emotion erneut zu regulieren;
2. Invalidierung für die Aufrechterhaltung gegenwärtiger Schwierigkeiten bei der Regulierung von Emotionen eine Rolle spielt; und
3. sich schließlich typische Muster entwickeln, wenn ein Mensch mit der Regulierung von Emotionen zu kämpfen hat und einer Invalidierung ausgesetzt ist; diese Muster werden dann selbst zu Problemen, die einer Behandlung bedürfen.“  
(3. Koerner, 2013)

Das übergeordnete Ziel der dialektischen Verhaltenstherapie ist es daher, die Emotionsregulation zu vermitteln und zu unterstützen und den Zugang zu den Gefühlen wiederherzustellen, diese wahrzunehmen und zu verstehen.

#### **Entwicklung des dysfunktionalen Verhaltens – validieren/invalidieren:**

Bei einer gesunden emotionalen Entwicklung reagieren die Bezugspersonen so auf ein Kind, dass die Verknüpfung von Umweltreizen und primären Emotionen mit einem sozial angemessenen emotionalen Ausdrucksverhalten gestärkt werden, während die Verknüpfung mit einem sozial unangemessenen emotionalen Ausdruck geschwächt wird. (3, Koerner, 2013) D.h. also angemessene, erfolgreiche und sinnhafte

Verhaltensweisen werden validiert, unangemessene, nicht erfolgreiche und sinnlose Verhaltensweisen werden invalidiert. Wenn es den Bezugspersonen wiederholt nicht gelingt, auf primäre Emotionen und deren Äußerungen adäquat zu reagieren und damit zu validieren, führt dies zu Problemen. Vor allem dann, wenn berechnete primäre Reaktionen als falsch, unberechtigt, krank angesehen und nicht ernst genommen werden. Es entspricht auch einer tiefgreifenden Invalidierung, wenn die berechnete primäre Reaktion belächelt, missverstanden oder als Grund sich zu schämen dargestellt wird. Dadurch entstehen wiederum Verhaltensmuster, welche zu Schwierigkeiten und zu Leid führen.

## **4. Die Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung**

### **4.1 Der therapeutische Ansatz der Existenzanalyse:**

In der Arbeit mit Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung braucht es viel Geduld. Es kann nicht der direkte Weg zum „eigentlichen“ Schmerz gegangen werden. Der Patient braucht Zeit, um in der Therapie anzukommen und Vertrauen aufzubauen. Dr. Christoph Kolbe, Präsident der GLE International, beschreibt folgenden Ablauf als begünstigt für die Arbeit mit Borderline-Patienten: (16, Kolbe, 2016)

- a) dem Patienten Raum geben und Beziehung zu ihm aufnehmen
- b) vom Außen schildern lassen, sich ein Bild vom Außen machen
- c) dem Patienten helfen in Beziehung zu seinem Selbst zu kommen
- d) den Patienten unterstützen seine Emotionen wahrzunehmen
- e) seine Copingreaktionen erkennen und ihm verdeutlichen
- f) biographische Arbeit
- g) dem eigentlichen Schmerz zuwenden

#### **a. Raum geben, Beziehung aufnehmen**

Zu Beginn der therapeutischen Arbeit ist es wichtig, dass der Patient und auch die gesamte Situation zu einer gewissen Ruhe kommen. Dies geschieht einerseits durch eine klare Struktur. Andererseits durch das Eröffnen eines Raumes, in dem der

Patient sein kann, sich einfinden und ankommen kann. Es ist wichtig, ihm Zeit zu geben, nicht zu schnell vorzugehen und zuerst eine gute therapeutische Beziehung aufzubauen. Konfrontation mit dem Schmerz braucht Vertrauen und eine haltgebende Beziehung. Auch die therapeutische Haltung ist wesentlich in der Begegnung mit Borderline-Patienten.

### ***Die therapeutische Haltung:***

Generell wird in der Existenzanalyse die Haltung der Offenheit, der Voraussetzungslosigkeit, der Zurücknahme eigener Interessen, der Achtsamkeit, der Wertschätzung angestrebt. Der Patient wird gelten gelassen und wertfrei angesehen. Der Therapeut versucht abzusehen vom Eigenen und hinzuhören zum Anderen. (18., Längle, 2013) Mag. Johannes Rauch hebt in seinem Vortrag „Traum-Sucht-Borderline-Störung“ auf dem internationalen Kongress in Wien zum Thema „Schmerz-haft“ folgende spezielle Kriterien für eine gute Haltung in der Therapie mit Borderline-Patienten hervor:

- Geduld - dies erfordert die Fähigkeit zwischen Verhalten und Person zu unterscheiden.
- Vom Patienten nicht zur Entwertung herausfordern lassen: „ich meine dein Verhalten und nicht dich als Person“.
- Absichtslos in die Therapie gehen: „habe keine Absicht/Erwartung aber habe den Überblick, gehe von Situation zu Situation -> so erhält der Patient Geduld (Scham, Wut, Trauer – muss damit umgehen können) mit dem Therapeuten.
- Wichtig ist, den Borderline-Patienten nicht auf getätigte Aussagen festzunageln.
- Eigene Konfliktbereitschaft kennen und Feedback geben: „ich möchte dir sagen wie du auf mich jetzt gerade wirkst“ – dies ist auch wichtig, um ihnen ihr Wirken im Außen bewusst zu machen.
- Elterliche Fürsorge für sich selbst aktivieren.
- Herzensbildung: Blick auf das Wesen des Menschen/Patienten richten und wenn er ein Fenster öffnet und uns einen Einblick gewährt, ihm dies sofort rückmelden.
- Inneres Gleichgewicht halten – für Ausgleich/ Balance bei sich selbst sorgen. (10, Rauch, 2017)



## **Die therapeutische Beziehung:**

Für die Therapie mit Borderline-Patienten ist es besonders erforderlich, dass sie von einer unerschütterlichen Konstanz des Beziehungsangebotes durch den Therapeuten getragen ist. Die therapeutische Beziehung dient dem Patienten auch als Übungsfeld, denn wie schon Buber sagte: „Das ich wird am du!“ (4, Längle, 1999) Hier kann er sich üben bei hohen Emotionen einen guten Umgang zu finden, ohne aus der Beziehung gehen zu müssen. Gewinnt der Patient das Vertrauen, dass der Therapeut ebenfalls die therapeutische Beziehung nicht leichtfertig und überschnell beendet, dann kann er sich dafür öffnen, sich auch mit seinen problemfördernden Verhaltensweisen konfrontieren zu lassen. Der Therapeut sollte dabei in der Arbeit stets um die Entknotung von Affekt/Emotionalität und Sachlichkeit bemüht sein. (4, Längle, 1999)

Ein deutliches Zeichen dafür, dass die Therapie zu greifen beginnt ist, wenn es im Leben des Patienten ruhiger und in der Therapeuten-Patienten-Beziehung unruhiger wird. In der therapeutischen Beziehung können dann neue Verhaltensmuster aufgebaut und damit neue Erfahrungen gesammelt werden, welche dann in den Alltag und die privaten Beziehungen des Patienten übertragen werden können. (9, Fischer-Danzinger, 2017)

### **b. Vom Außen schildern lassen:**

Im nächsten Schritt geht es darum, den Patienten von seinem Erleben berichten zu lassen und dadurch sein Leben und das darin vorkommende Publikum besser kennen zu lernen. Der Patient bekommt den Raum zu berichten, was bei Borderline-Patienten oft mit einem hohen Anspannungszustand und hoher Emotionalität verbunden ist. Deshalb versucht der Therapeut ein wenig gegenzusteuern, in dem er bemüht ist, das Berichtete auf eine sachliche Ebene zu bringen. Auffallend ist dabei, dass der Borderline-Patient in dieser Phase noch nicht von sich spricht. Es geht meistens um die anderen und deren Fehlverhalten. Auf sich selbst und sein eigenes Verhalten zu schauen, würde die Anspannung nur noch mehr verstärken und dies versucht der Borderline-Patient vehement zu vermeiden. In dem der Therapeut den Patienten auch nicht zu früh dazu drängt und ihm den Raum gibt zu berichten, wird die therapeutische Beziehung erneut gestärkt und gefestigt.

### **c. Beziehung zum Selbst aufnehmen:**

Als nächstes wird durch genaues Betrachten der Situation, „was ist hier los?“, der Patient unterstützt, die Beziehung zu sich selbst aufzunehmen. Die Fragen der Personalen Existenzanalyse sind dafür sehr hilfreich: Wie geht es dir in dieser Situation? Was macht das mit dir? Was ist für dich daran das Schlimmste? Der Patient soll nun lernen, sich selbst in der jeweiligen Situation zu betrachten und zu schauen, wie es ihm dabei ergeht. Zu Beginn ist dies sehr schwierig und eine Überwindung für Borderline-Patienten. Die Scham über das eigene Verhalten erschwert immer wieder den Blick auf die gegebene Situation. Die therapeutische Beziehung ist hier haltgebend, wenn sie schon gefestigt genug ist. Es ist auch wichtig, dass der Patient hier lernt, nicht so streng und etwas selbstversöhnlich mit sich selbst zu sein. Auch hier dient die Beziehung zum Therapeuten als Vorbildfunktion.

### **d. Emotionen wahrnehmen:**

Der Patient soll als weiteren Schritt lernen, sich in seiner Emotionalität wahrzunehmen und diese anzuerkennen. Dies ist insbesondere bei Borderline-Patienten wichtig, jedoch auf Grund der Störung der Emotionsregulation mitunter sehr schwierig.

Wenn ein Gefühl beim Patienten entsteht und er es zulassen kann, ohne es sofort wieder zu verdrängen, dann kann der Patient dazu ermutigt werden in diesem Gefühl etwas zu verweilen, es zu spüren, sich darin kennen zu lernen und die Angst davor etwas abzubauen. (14, Angermayer, 2017) Es kann dadurch auch ein aktiver Umgang damit gestaltet werden, welcher dem Patienten hilft, die Emotionen auf Distanz zu bringen.

Zum Beispiel kann der Patient angeleitet werden, seine Emotionen in die Hand zu nehmen: Welche Form, Farbe und Temperatur hat diese Emotion? Vielleicht lässt sich der Patient auch darauf ein, ein Bild von diesem Gefühl zu zeichnen. Durch das benennen und beschreiben der Emotionen ist es möglich, diese auf Distanz zu sich selbst zu bringen. In der Therapiestunde kann dann, gemeinsam mit dem Patienten,

das Gefühl für die Dauer in „einer Ecke“ des Therapieraumes abgestellt werden. Wichtig ist dann auch, den Patienten zu unterstützen, hinzuschauen wie es ihm mit diesem Gefühl in der Ecke ergeht. Dann kann diese Distanzierungsfähigkeit auf aktuelle alltägliche Situationen bezogen werden. „Wann distanzierst du dich in der Situation von meinen Emotionen und wie machst du es?“ Dadurch ist es dem Patienten dann leichter möglich im Alltag neue Verhaltensweisen zu integrieren. (13, Bukovski, Tutsch, 2017)

#### **e. Copingreaktionen erkennen:**

Als nächster Schritt sollen gemeinsam die Copingreaktionen sichtbar gemacht und verdeutlicht werden. Dem Patienten soll bewusst gemacht werden, wie er bei bestimmten Gefühlen reagiert: „Was machst du dann mit deinen Gefühlen, ist dir das bewusst?“ Oft werden diese Bewältigungsstrategien schon bei der Betrachtung der Emotionalität deutlich. Durch das Bewusstmachen, kann der Borderline-Patient diese in den unterschiedlichen Situationen besser erkennen und dementsprechend entgegenwirken.

Speziell bei dysfunktionalem Verhalten ist das Verdeutlichen und Besprechen von großer Wichtigkeit! Besonders wenn sich ein Borderline-Patient ritzt, also bewusst seinen Körper mit Schnitten verletzt, sollte dieses Verhalten jedes Mal aufs Neue angesprochen werden. Dieses Verhalten nicht anzusprechen wäre nicht nur ein Fehler in der Therapie, sondern auch eine unterlassene Hilfeleistung des Therapeuten. Mag. Johannes Rauch gibt folgende Punkte beim Ansprechen des selbstverletzenden Verhaltens als wichtig an: (11, Rauch, 2017)

- direktes ansprechen des Ritzens
- Wundversorgung - Compliance herstellen
- verstehen der Trigger-Situation
- Fragen nach der Veränderungsbereitschaft
- Lösungsversuche (gemeinsam erarbeiten): nach Skills fragen, wie ist es darüber zu sprechen (welche Gefühle stellen sich ein)

## **f. Biographische Arbeit:**

Die „Biographische Arbeit“ hilft zu verstehen, weshalb in unterschiedlichen Situationen bei bestimmten Gefühlen auf spezifische Weise gehandelt wird. Es geht um die Fragen: Wo kommt das her? Was war da?

Die damals erlebten Gefühle sollen nochmals bewusst erlebt (insbesondere Wut und Trauer) und vor allem auch gewürdigt werden. Der Patient soll angehalten werden, hinzuschauen, was er damals gebraucht hätte, was er nicht bekommen und was ihm gefehlt hat. Wie hat er sich dabei gefühlt? Er kann sich dann selbst ein guter Vater, eine gute Mutter (vorausgesetzt diese Rolle sind gut besetzt) oder ein guter Freund sein. Er kann sich selbst z.B. in den Arm nehmen und trösten, oder für sich selbst einstehen und sich verteidigen. Dann kann sich dieses Thema beruhigen und es kommt infolge dessen zu einer körperlichen und emotionalen Beruhigung im Patienten. Wichtig ist dabei, zwischen dem „inneren kleinen Kind“ des Patienten und ihm als erwachsene Person, zu unterscheiden. Denn als Kind hat er viel gefühlt und war diesen Gefühlen ausgeliefert. Als Erwachsener kann er darum trauern und Mitgefühl für sich als Kind erleben. Dabei ist aber auch besonders darauf zu achten, dass dieses Nacherleben nicht zu einer Retraumatisierung führt.

Die „Biographische Arbeit“ mit Borderline-Patienten ist oft, durch ihr eingeschränktes Erinnerungsvermögen, erschwert. Borderline-Patienten erwecken den Eindruck, sich sehr viel schlechter an ihre Kindheit erinnern zu können, als andere Patienten. Sie neigen dazu, unter sehr hoher Anspannung, in eine Dissoziation zu fallen. Dies geschieht häufig bei traumatischen Erlebnissen, weshalb vermehrt wieder auf eine Retraumatisierung geachtet werden muss. Dadurch können sie sich nicht an die Gegebenheiten erinnern, was vermutlich dazu führt, dass sie nur fragmentarische Erinnerungen an ihre Entwicklungsgeschichte haben. Mit Hilfe der angeleiteten Imagination (z.B. Reise zum sicheren Garten) oder der Meditation kann der Patient unterstützt werden, einen Zugang zu seinen früheren Empfindungen zu entdecken. Im sicheren Garten kann auch das innere kleine Kind gut integriert werden. Es scheint, den Patient enorm zu erleichtern, sich fürsorglich um sein inneres Kind zu kümmern. Erfahrungsgemäß gelingt es dem Borderline-Patienten mit der Zeit immer besser, sich auch selbstfürsorglich um sich als Erwachsene Person zu kümmern

### **g. Zum Schmerz gehen:**

Schlussendlich geht es dann darum, das eigentliche Thema, den Schmerz genau zu betrachten und zu beruhigen. Der Borderline-Patient muss dabei unterstützt werden, Halt in sich selbst zu finden. Durch das Finden einer personalen Stellungnahme kann sich der Patient zur Sache neu positionieren und somit eine Veränderung erzielen. Erfährt der Schmerz eine Beruhigung, so kommt es zu einer Beruhigung der Gesamtsituation, wodurch der Patient weniger in Hochspannungsphasen und somit in der Lage ist, besser wahrzunehmen und im Hier und Jetzt zu verweilen. Im Allgemeinen gelingt es ihm dann auch besser, personale Entscheidungen für sein Leben zu treffen.

Die gesamte Therapie fokussiert auch immer auf die Entspannung. In hohen Anspannungsphasen kann der Patient in der Therapiestunde zur Entspannung angeleitet werden, was ein gutes Übungsfeld für den Patienten darstellt. Ebenso wichtig ist es, immer wieder die Zielvereinbarungen zu besprechen und gegebenenfalls anzupassen. Dadurch ist der gemeinsame Weg klar und über diese Ziele auch definiert. Somit wird die Arbeit mit Borderline-Patienten erleichtert. (10, Rauch, 2017)

## **4.2 Der therapeutische Ansatz in der dialektischen Verhaltenstherapie**

Die dialektische Verhaltenstherapie (DBT) setzt sich aus mehreren Bestandteilen zusammen. Jeder dieser Bestandteile ist nicht weniger wesentlich als ein anderer. Jedem wird gleich viel Aufmerksamkeit geschenkt.

### **Therapeutische Grundannahmen:**

- Jedes Verhalten der Borderline-Patienten macht aus ihrer Sicht Sinn. Jeder Patient versucht das Beste aus der Situation zu machen. Als Therapeut habe ich die Aufgabe, die Auslöser, das Schema und die Konsequenzen herauszuarbeiten und zu verdeutlichen.
- Borderline-Patienten wollen sich wirklich verbessern. Es wird von einer grundsätzlichen Willensbereitschaft ausgegangen. Wenn sich die Patienten angemessener verhalten könnten, so würden sie es tun. Es liegt also am

Therapeuten, die Auslöser für dieses Verhalten gemeinsam mit dem Patienten herauszuarbeiten.

- Sie müssen sich deutlich mehr anstrengen wie andere Menschen um eine Veränderung zu bewirken – das ist ungerecht!
- Ihre Probleme haben sie meistens nicht alleine verursacht, jedoch müssen sie alleine damit umgehen lernen und sie lösen.
- Suizidale Borderline-Patienten wollen in der Regel nicht sterben, ihr Leben ist gegenwärtig, so wie es ist, jedoch unerträglich.
- Sie müssen in sehr vielen Bereichen neues Verhalten erlernen, dies ist sehr kraftaufwändig. Unabdingbar ist es, dieses neue Verhalten nicht nur in Ruhephasen, sondern auch in Krisensituationen und unter starkem Stress einzuüben und konsequent anzuwenden. Die therapeutische Sitzung wird dabei als Übungsfeld genutzt.
- Patienten können in der DBT nicht versagen! Die dialektische Verhaltenstherapie geht davon aus, dass ein Ausbleiben des Therapieerfolges oder ein Abbruch, wenn überhaupt, als Schuld des Konzeptes, der eigenen Ressourcen, der mangelnden Ausbildung des Therapeuten oder der Supervisionsgruppe zu suchen ist. Der Patient wird dafür nicht verantwortlich gemacht.
- Therapeuten brauchen in der Arbeit mit Borderline-Patienten Unterstützung! Die Arbeit mit Borderline-Patienten benötigt oft sehr viel Energie und ist sehr emotionsintensiv. Um den Therapeuten vor einem burn-out-Phänomen zu schützen ist es wichtig, diese Arbeit in einer Supervisionsgruppe zu würdigen und emotional aufzufangen.

(2, Bohus, 2002)

### **Diary Card:**

Bei der „Diary Card“ handelt es sich um eine strukturierte Selbstbeobachtung der eigenen Emotionalität. Es erfolgt täglich eine Einschätzung der Stärke des Leeregefühls, des Leidensdruckes und des Suizid- und Selbstverletzungsdranges. Auch die Einnahme von Medikamenten, die Schlafqualität, unternommene Tagesaktivität und ob ein PMS vorliegt wird notiert. Aber auch das Erleben von Freude und Genuss wird

reflektiert. Wichtig ist auch die Dokumentation, ob und welche Skills angewendet wurden und ob sie geholfen haben. Das Ausfüllen dieser Diary Card ist für den Patienten eine tägliche Aufgabe. Sie hilft in der Therapiestunde sich nicht in der Emotionalität des Patienten zu verlieren, unterstützt dabei, den Prozess zu entschleunigen und zurück zur deskriptiven Ebene zu kehren. Für den Borderline-Patienten stellt es auch eine gute Form der Selbstdistanzierung dar. Zudem zeigt es Auslöser für Suizidales oder selbstverletzendes Verhalten auf, welche sonst im Gespräch gerne untergehen. (6, Dinohobel, 2017)

### ***Therapievertrag:***

Der Therapievertrag beinhaltet Vereinbarungen, welche für die Dauer der Therapie gelten, und die Entscheidung....

1. ...zum Leben; „ich mache keinen Suizidversuch“.
2. ...an der Therapie teilzunehmen und deren Regeln einzuhalten.
3. ...zum neuen Weg: „sich nicht mehr zu schneiden“
4. ...mit dem Behandlungsteam einen Therapieplan und Strategien zur Spannungsreduktion zu erarbeiten. (6, Dinohobel, 2017)

Des Weiteren schließt der Therapievertrag die „24 Stunden-Regelung“ ein, welche besagt, dass es, nach einer Selbstverletzung, für diesen Zeitrahmen nicht zu einer Intensivierung des therapeutischen Kontaktes kommt. Bestehende Termine werden dabei aber eingehalten. Dadurch soll der Patient unterstützt werden, sich von Selbstverletzungen zu distanzieren und sich bei Bedarf Hilfe zu holen. Es bedeutet nicht, dass der Patient keine Gedanken dieser Art haben darf. Wichtig ist nur, dass er diese Ideen nicht in die Tat umsetzt, sondern Skills anwendet und um Hilfe bittet. Auch die „4-Mal-Fehlen-Regelung“ ist ein Teil des Therapievertrages. Fehlt ein Patient an vier aufeinanderfolgenden Stunden, so ist er vom Rest der vereinbarten Therapiedauer ausgeschlossen. Anschließend wäre es auch möglich über einen erneuten Beginn zu sprechen. Der Therapeut soll so motiviert werden, jegliche Störungen sofort anzusprechen und somit einer sporadischen Anwesenheit entgegen zu wirken. (2, Bohus, 2002)

## **Spannungsprotokoll:**

Das Spannungsprotokoll stellt eine Verlaufskurve dar, auf welcher der Patient in stündlichen Abständen seine körperliche und psychische Anspannung wahrnimmt, einschätzt und einträgt. Die Skala umfasst die Werte 0 – 10, wobei ein Wert ab 8 Hochspannung bedeutet und somit Stresstoleranzskills indiziert. Bei einem Wert zwischen 4 bis 7 befinden wir uns im durchschnittlichem Niveau der Anspannung. Hier können Skills der Achtsamkeit, der Emotionsregulation oder Skills für zwischenmenschliche Fertigkeiten zur Anwendung kommen. Ein Skalenwert von 0 – 3 bedeuten absolute Entspannung, wie z.B. im Schlaf oder in der Meditation. Jeden Tag wird erneut ein Spannungsprotokoll geführt. Dieses Vorgehen unterstützt einerseits die Wahrnehmung der eigenen Anspannung, Patienten lernen sich dadurch besser zu fühlen und entwickeln diesbezüglich eine gewisse Achtsamkeit. Andererseits verdeutlicht es die Situationen der Hochspannungsmomente, ermöglicht in der Therapiestunde die Konzentration auf den Auslöser und dann auf den Umgang damit. Somit stellt es ein wichtiges Arbeitsinstrument in der Einzeltherapie dar.

## **Verhaltensanalyse/ Verhaltenskette:**

In der Analyse einer Situation nach dem Auslöser einer bestimmten Verhaltensweise, geht es wiederum um Selbstdistanzierung und um die Auseinandersetzung mit dem selbstschädigenden Verhalten. Auslöser sollen bewusst gemacht und neu erlerntes Verhalten eingeübt werden:

1. Bei der 1. Frage handelt es sich um die Sache an sich: „Was ist geschehen? Wie haben Sie die selbstschädigenden Handlungen gemacht?“
2. Die 2. Frage beschäftigt sich damit, wie das Geschehen vor sich ging: „Wann war es für Sie noch erträglich?“ Es ist wichtig, dort anzusetzen wo es noch gut war um dann den Moment des „Kippens“ genau unter die Lupe nehmen zu können!
3. In der 3. Frage geht es darum, die Ressourcen des Patienten aufzuzeigen: „Was haben sie unternommen um die Selbstverletzung zu vermeiden? Welche Skills haben sie angewendet?“



4. Zum Schluss geht es um die Festigung, Verankerung des Erkannten. Es geht um das konkrete Umsetzen ins Handeln! In der DBT wird dies durch das Üben der Skills in Alltagssituationen umgesetzt.

### **Skills:**

„Der klinische Alltag zeigt, dass erfolgreich behandelte Borderline-PatientInnen die Bedeutung der Skills für den Therapieerfolg am höchsten einschätzen.“ (2, Bohus, Seite 72, 2002)

Im Skillstraining geht es darum, „fehlende“ Fertigkeiten zu vermitteln, durch welche der Patient dann in der Lage sein soll, in Situationen hoher Emotionalität und Anspannung, sein Handeln zu kontrollieren und adäquat zu reagieren. Da es eine große Vielfalt an unterschiedlichen Skills gibt, würde eine Erläuterung der einzelnen Skills den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Das Praxishandbuch der dialektischen Verhaltenstherapie beinhaltet die genaue Erklärung aller Skills und ist generell ein gutes Arbeitsbuch. Es sollen hier jedoch die vier Hauptgruppen der Skills vorgestellt werden:

1. Skills zur „inneren Achtsamkeit“, sie zielen auf eine ausgewogenen Balance zwischen Gefühlen und Vernunft, wodurch es zu einer Stärkung des intuitivem Verständnisses kommen soll. Durch Achtsamkeit gelingt es den Patienten ganz im „Hier und Jetzt“ bei sich zu sein und dadurch seine Wahrnehmung zu schärfen. Zur Anwendung kommt zB: Meditation, die Wahrnehmung mit Hilfe der 5 Sinne (z.B.: Atmung beobachten, „Was höre ich?“, „Was rieche ich?“), beschreibende Übungen (z.B.: ein Bild bis ins kleinste Detail beschreiben), bewusste Lenkung der Konzentration und Aufmerksamkeit (zB: Mikado, rohes Ei aufstellen, Jenga spielen); etc.

Zu Beginn ist es wichtig den Patienten anzuleiten, eine tiefe Atmung zu erreichen. Viele Menschen haben nur eine flache Atmung in den Brustkorb. Bei der tiefen Atmung hebt sich beim Einatmen die Bauchdecke und beim Ausatmen senkt sie sich wieder. Dadurch ist ein tieferes Einatmen in den Brustkorb und ein vollständiges Ausatmen wieder möglich, wodurch es zu einer Entspannung der gesamten Muskulatur kommt. Die tiefe Atmung ist Voraussetzung für weitere

Achtsamkeitskills, kann aber auch alleine angewendet werden. Der Patient sollte diese Atmung täglich mehrmals bewusst üben, damit es in der Anspannung oder bei Nervosität automatisch angewendet werden kann. Anschließend kann der Patient in der Meditation, der Wahrnehmung der fünf Sinne oder dem bewussten Lenken der Konzentration und Aufmerksamkeit angeleitet werden. Die Übungen können dabei in der Therapiestunde gemeinsam durchgeführt werden. Ein erwünschter Nebeneffekt ist, dass sich die Situation in der Therapiestunde zusätzlich entspannt. Durch das aktive Mitmachen des Therapeuten, sinkt die Hemmschwelle des Patienten diese anzuwenden. Zudem ist der Lerneffekt höher, wenn eine Übung nicht nur erklärt wird, sondern der Patient den Therapeuten beim Durchführen beobachten kann -> dies gilt für die Einübung sämtlicher Skills! Der Therapeut kann dann auch beobachten, inwiefern der Patient in der Lage ist, sich zu entspannen und loszulassen.

2. Skills zur „Stresstoleranz“, hier geht es um die Fähigkeit die Situation, so wie sie ist und was sie in mir auslöst, wahrzunehmen und fürs erste Mal auszuhalten und anzunehmen. Dies bedeutet nicht das Gutheißen einer jeden Situation. Es soll die Bereitschaft erreicht werden, dass Leben in all seinen Facetten anzunehmen. Stresstoleranzskills sollen Handlungen ersetzen, welche die Situation nur verschlechtern würden. Diese Bewältigungsstrategien kommen auf vier Ebenen zur Anwendung: Einsetzen der **fünf Sinne** (Chili kauen, Eiswürfel, kalt duschen, Musik hören, Ammoniak riechen, Augenübungen,...), die **physiologische Ebene** (Sport, Atmung, Körperhaltung), durch das **Lenken der Gedanken** (Ziehen sie von 100 immer 7 ab, 10 Frauennamen mit dem Buchstaben A, Kreuzworträtsel, Reise zum inneren sicheren Ort, innere Helfer, Konzentration auf den Augenblick, sich selbst ermutigen,...) und auf der **Handlungsebene** (beschäftigen, Kurzurlaub – 20 min., Freund treffen oder anrufen, witzigen Film anschauen, lesen,...)

Bei den Stresstoleranzskills geht es zum Teil um sehr starke Reize. Es bedarf einer genauen Anleitung zur Anwendung und Information über die Risiken. So zum Beispiel ist es wichtig, dass bei sehr hoher Anspannung eine kalte Dusche genommen wird. Beim warmen Duschen kann sich der Körper zwar besser entspannen, es besteht jedoch gerade bei Borderline-Patienten die Gefahr, dass

zu heiß geduscht wird und es deshalb zu Verbrühungen kommt.

Stresstoleranzskills sollen nicht unbedingt angenehm sein. Es geht darum, aus der Hochspannung rauszukommen, um anschließend z.B. Achtsamkeitskills anzuwenden. Auch das genaue Anwenden des Ammoniaks muss detailliert besprochen werden, etc. Hier gilt wieder, dass das Einüben der unterschiedlichen Skills von großem Vorteil ist – sofern dies möglich ist. Manche Skills machen auch großen Spaß und lockern die Atmosphäre auf, wie zum Beispiel die kognitiven Spiele (Ziehen sie von 100 immer 7 ab, 10 Frauennamen mit dem Buchstaben A, ...).

3. Skills zur „Emotions-Regulation“ – „Umgang mit Gefühlen“, die Patienten lernen durch diese Skills ihre Gefühle zu beobachten und in ihrer persönlichen Bedeutung und Auswirkung zu verstehen. Positiven Gefühlen wird mehr Raum verschafft und Leid wird dadurch vermindert. Es kommt zu einer Distanzierung der Gefühle, wodurch ein verändertes Handeln erleichtert wird. Diese Skills werden „Gefühle abschwächen“, „Vorsicht Falle“, „Fakten überprüfen“, „Emotionssurfing“, „ABC-Gesund“, „Glaubenssätze relativieren“ und „Probleme lösen: STOP-DENK!“ genannt und setzen auf der kognitiven Ebene an. Die korrekte Anwendung der Achtsamkeits- und Stresstoleranzskills ist oft die Voraussetzung, um die Skills „Umgang mit Gefühlen“ anwenden zu können. Diese erfordern nämlich die absolute Bereitschaft das Verhalten zu verändern. Es ist das Ziel, ein Gefühl als solches zu erkennen und zu überprüfen, ob es angemessen oder unangemessen ist. Das ist jedoch genau für Borderline-Patienten eine große Herausforderung. Sich immer wieder zu vergegenwärtigen, dass man ein Gefühl hat und nicht das Gefühl ist, ist hilfreich, um in eine Distanz zu diesem Gefühl kommen zu können. Mit Hilfe dieser Skills soll die emotionale Verwundbarkeit verringert werden. Dabei werden sie direkt in der Therapie angewendet, in dem Situationen aus dem Alltag (bei denen der Patient sich sehr emotional Verhalten hat) besprochen werden und mit Hilfe der Skills betrachtet werden.
4. Skills für "zwischenmenschliche Fertigkeiten", sie vermitteln Fertigkeiten zum Ausbau der sozialen Kompetenzen. Damit soll eine Verbesserung der Pflege bestehender und neuer Beziehungen erreicht und somit weitere

Beziehungsabbrüche vermieden werden. Es geht auch darum, die Selbstachtung in der Begegnung mit anderen zu bewahren und die eigenen Ziele durchzusetzen, ohne das Gegenüber zu übergehen. Geübt wird in alltäglichen Situationen:

„Gehen Sie in eine Bibliothek und bitten sie den Bibliothekar, Ihnen bei der Suche nach einem Buch behilflich zu sein.“; „Gehen sie in ein Restaurant, bitten Sie um ein Glas Wasser, trinken sie es, bedanken sie sich und gehen dann wieder.“; „Vertreten sie eine andere Meinung zu einem Thema als z.B. ihre Eltern oder ein enger Freund.“;...

Skills für zwischenmenschliche Fähigkeiten können besonders gut in Rollenspielen eingeübt werden. Dadurch werden schon erste Hemmungen und Gefühle der Scham abgebaut. Dann muss der Borderline-Patient diese Verhaltensweisen im Alltag einüben und umsetzen. Dabei soll zu Beginn gut darauf geachtet werden Situationen zu wählen, welche der Patient in der Lage ist zu bewältigen, damit er eine positive Erfahrung machen kann. Mit zunehmender Sicherheit können größere Herausforderungen angenommen werden.

Oft wenden die Patienten im Alltag Skills an, ohne sich dessen bewusst zu sein. Wir alle verwenden Skills, ohne uns dessen so richtig bewusst zu sein: eine Runde joggen nach der Arbeit, um den Kopf frei zu kriegen; bis 10 zählen und tief durchatmen, bevor die Kinder zurechtgewiesen werden; Musik hören, um mich von einem Streit abzulenken; meditieren, um dem Alltag für kurze Zeit zu entfliehen und zu entspannen. Durch das Erlernen und Einüben dieser Fertigkeiten werden sie nun in den Fokus der Wahrnehmung gerückt. Dadurch können sie in schwierigen/ krisenhaften Situationen bewusst genutzt und individuell eingesetzt werden.

Unter diesen vielen Skills wird jeder Patient die für ihn geeignetsten und am besten Wirksamen finden. Die Wochenübungen sollen auch dazu dienen, dass jeder Patient sich seine eigene Skillskette (spezielle Abfolge von unterschiedlichen Skills) erstellt, die er einübt und welche er bei Hochstress anwendet, denn oft reicht ein Skill alleine nicht. Auch ein „Notfallkoffer“ wird zusammengestellt, welcher unterschiedliche Utensilien für Stresstoleranzskills beinhaltet; z.B.: Chilischoten, saure Drops, ein Igelball, Parfüm, Gummibändchen für das Handgelenk, die Nummer einer guten Freundin, ein Foto einer lieben Person, die persönliche Skillskette, etc. Dadurch ist die Anwendung auch möglich, wenn man nicht zu Hause ist. Übung im Alltag und in

ruhigen Situationen führt zu Sicherheit in der Anwendung, dadurch kommt es dann auch zu einer stärkeren und schnelleren Wirksamkeit.

## **5. Die Einbettung der Skills der dialektischen Verhaltenstherapie in die Grundmotivationen**

Eine klare und strikte Zuteilung der Skills der dialektischen Verhaltenstherapie in die vier Grundmotivationen erscheint beinahe unmöglich. Es gelingt vorerst eine grobe Einteilung. Jeder Skill kann seine Anwendung natürlich auch in den anderen Grundmotivationen finden und sei es nur, um die Anwendungen der anderen Skills zu ermöglichen.

### **5.1 Erste Grundmotivation**

Die Arbeit an der **1. Grundmotivation** kommt dann zur Anwendung, wenn der Patient in der Therapiestunde von seinen Emotionen überrollt wird. Hier geht es um die Grundfrage der Existenz: „Ich bin-aber kann ich da sein?“. Hat der Patient genug Halt, Raum und Schutz um sein-zu-können? In der Therapie geht es darum, den Patienten anzuleiten, die faktischen Gegebenheiten wahrzunehmen, auszuhalten und nicht ängstlich auszuweichen. **Stresstoleranzskills** können ihm helfen, bei hoher Emotionalität und Anspannung im Hier und Jetzt zu verweilen. Sie unterstützen den Patienten, seine Situation so anzunehmen und auszuhalten, wie sie ist und das was gewünscht, aber nicht ist, loszulassen. Dadurch ist es ihm dann auch möglich auf der Deskriptionsebene zu bleiben: „Was ist? Worum geht es jetzt? Was ist das Problem?“ Das Wissen, sich mit diesen Skills in schwierigen Situationen selbst helfen zu können, vermittelt dem Patienten zudem Halt. (5, Probst, 2002) (6, Dinohobel, 2017) In Bezug auf die existenzanalytische Behandlung (siehe Kapitel 4.1) werden die Anwendung der personalen Aktivitäten der 1. Grundmotivation, sowie die Stresstoleranzskills vor allem (aber nicht ausschließlich) in den ersten zwei Punkten „Raum geben, Beziehung aufnehmen“ und „vom Außen schildern lassen, ein Bild von Außen machen“ zur Anwendung kommen.

**Beispiel:** Laura (39) kam wutentbrannt zu mir in die 28. Stunde. Sie hatte einen „Streit“ mit ihrem behandelnden Psychiater. Sie benötigte von ihm die Unterstützung

bezüglich einer Operation eines Magenbypasses. Laura leidet auf Grund ihrer Essstörung (bing-eating) an starkem Übergewicht. Sie hat dadurch bereits körperliche Einschränkungen und starke Schmerzen am Bewegungsapparat. Zahlreiche Diäten sind immer wieder an ihren Essattacken gescheitert. Das Übergewicht belastet sie emotional sehr und darum wollte sie sich nun operieren lassen. Sie hatte die Vorstellung, dass mit dieser Operation alles gut werde und alles viel leichter würde. Mit dem Facharzt war vereinbart, dass er sie bei diesem Vorhaben unterstützt, wenn sie an der Gruppentherapie der dialektischen Verhaltenstherapie teilnehmen und eine Einzeltherapie absolvieren würde. Sie sollte lernen, mit Emotionen umzugehen und gewisse Verhaltensmuster zu verändern. Ansonsten wäre der Psychiater nicht bereit gewesen, die medizinische Verantwortung dafür zu übernehmen. Laura hatte zuerst mehrere Stunden an der Gruppentherapie teilgenommen und machte auch Fortschritte in der Einzelstunde. Sie war sehr motiviert, wollte alles sofort erledigen und für die Operation organisieren. Nichts konnte schnell genug gehen. In der Einzelstunde versuchte ich immer wieder, mit ihr die Situation zu betrachten und den Grund für die Eile herauszufinden. Laura konnte diese Fragen alle gut beantworten, verstand sich in ihrem Verhalten, jedoch gelang es ihr nicht, sich einzubremsen und sie kam in eine Überforderung. Es wurde ihr alles plötzlich zu viel und sie hatte für nichts mehr Energie. Es ging ihr emotional sehr schlecht und sie konnte mit der gesamten Situation nicht mehr umgehen. Sie hatte dann die Idee, dass alles gut würde, wenn sie die Skillsgruppe vorerst beenden und nach der Operation weitermachen würde. Damit war der Arzt jedoch nicht einverstanden und er erklärte ihr, dass er sie in diesem Fall nicht mehr unterstützen könne. Er hatte Bedenken, dass Laura ohne passende Skills nicht in der Lage sein könnte, ihre hohen Anspannungen zu regulieren, ohne wieder in ihr altes Muster der Essstörung zu verfallen. Diese Situation wäre sehr gefährlich nach einem derartigen Eingriff. Denn es bestand die Gefahr, dass Laura die Empfindlichkeit eines Magenbypasses für selbstschädigendes Verhalten nutzen könnte. Sie war in ihrer Verzweiflung und Wut nicht in der Lage zu sehen, was der Grund für den Arzt war so zu handeln. Sie fühlte sich absolut missverstanden und wollte nie wieder mit diesem Menschen sprechen. Sie stand nun unter extrem großer Anspannung und war emotional total überrollt und aggressiv. Ich bat sie, ihren Fokus auf ihre Atmung zu lenken und durch gezielte **Atemübungen** dem Körper zu helfen, zu entspannen. Es

gelang Laura dadurch, ihr Spannungslevel zu reduzieren. Allerdings nur so weit, dass sie es aushielt, in der Stunde zu bleiben und mit mir das Thema anzuschauen. Um auf der sachlichen Ebene das Geschehen zu betrachten, reichte es jedoch noch nicht aus. Mit Hilfe von **ätherischen Ölen** (in Lauras Fall „Bergamotte“), welche in einen kleinen Behälter mit Watte geträpfelt werden, und einer angeleiteten Imaginationsreise an den „**inneren sicherer Ort**“ gelang es, Lauras Wut zu so zu reduzieren, damit sie auch ihren Anteil in der Geschichte betrachten konnte.

## 5.2 Zweite Grundmotivation

Die Arbeit an der Emotionsregulation erfordert, dass der Patient in der Lage ist, seine Gefühle wahrzunehmen. Diese zu- und sich von ihnen berühren lassen zu können, um ihnen dann gerecht zu werden, indem er eine personale Stellungnahme trifft und diese zum Ausdruck bringt, indem er danach handelt. Er muss sich der Welt zuwenden, Beziehung zu sich selbst und zu der Welt aufnehmen. Sich die Zeit nehmen, um sich von der Welt berühren zu lassen um das eigene Erleben darin zu fühlen. Genau an diesem Punkt hat der Borderline-Patient seine größte Not. Es fällt ihm schwer, Nähe zu sich selbst und andern aufzubauen und sich emotional berühren zu lassen. Zugleich ist er zu berührt, sozusagen überwältigt von seinem Gefühl. Die Arbeit an der **2. Grundmotivation** soll den Patienten unterstützen in Beziehung zu gehen, Nähe aufzubauen und sich Zeit zu lassen, emotional berührt zu werden. Dies geschieht an dieser Stelle mit der Grundfrage des Lebens: „ich lebe – aber mag ich eigentlich leben?“ Hier wird der Grundwert gestärkt – „ich bin und es ist gut, dass ich bin!“ **Achtsamkeitskills** helfen dem Patienten seine Gefühle wahrzunehmen und zu spüren: „Was ist jetzt genau im Augenblick? Was ist es das mich so bewegt? Was halte ich persönlich davon? Was würde ich am liebsten machen?“ Die therapeutische Beziehung ist dabei ein wesentlicher Aspekt in der Arbeit mit Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Das zwischenmenschliche Erleben und soziale Interaktionen können in der therapeutischen Beziehung erfahren und erprobt werden. Wiederkehrende, selbstschädigende Verhaltensmuster können in der Beziehung zwischen Therapeut und Patient bewusst gemacht, Neue erarbeitet und eingeübt werden. Deshalb ist es

von großer Wichtigkeit, dass diese Beziehung konstant und bereits gefestigt ist. In erster Linie werden hier die 2. Grundmotivation und die Achtsamkeitsskills behilflich sein, wenn es in der Therapie darum geht, den Patienten dabei zu unterstützen, in Beziehung zu sich selbst zu gehen. Aber bereits, wenn er „von seinem Außen schildert“ wird es dadurch möglich sein, wahrzunehmen wie er dazu steht und was er daran mag.

**Beispiel:** Janine (22) ist alleinerziehende Mutter eines zweijährigen Jungen. Sie wohnt gemeinsam mit ihrem Sohn und ihrer Schwester in einer kleinen Wohnung. Ihr Ex-Freund und Vater des kleinen Kindes macht sich immer wieder in ihrer Wohnung breit und übernachtet dort, wenn er nicht weiß, wo er bleiben kann. Er bringt damit immer wieder Unruhe in die kleine Familie. Janine ärgert dies sehr, da es in diesen Situationen auch wiederholt zu Konflikten zwischen den beiden kommt. Jedoch schafft sie es nicht, ihm den Zugang zur Wohnung zu verwehren und übergeht sich und ihre Grenzen dabei immer wieder. Auch lässt sie es nach wie vor zu, dass er in ihrer Wohnung macht was er will und sie im Haushalt und Alltag nicht unterstützt. Es gelingt ihr jedoch nicht, sich von ihm zu distanzieren, da sie sich dann schlecht fühlt. Da er der Vater ihres Sohnes ist, hat sie das Gefühl, ihm nicht verbieten zu dürfen vorbei zu kommen. Auch hat sie das Gefühl, für die Beziehung zwischen Vater und Sohn verantwortlich zu sein. Ihr Ex-Freund wirft ihr auch vor, dass sie ihm den Sohn vorenthalten wolle, wenn sie sich versucht zu wehren. Sie bekommt dann ein schlechtes Gewissen und kann ihre Entscheidungen nicht mehr durchsetzen. In der Therapiestunde wird sie gebeten, die Situation wie eine **Reporterin** zu beschreiben. Sachlich die Fakten aufzuzählen und die Situation klar zu sehen hilft ihr, besser einzuschätzen, wie sich die Geschichte verhält, sich zu distanzieren und zu entscheiden, was gut ist für sie und ihren Sohn. Sie bemerkt dabei, dass ihr Ex-Freund in diesen Situationen keinerlei Interesse an seinem Sohn zeigt, ihr nicht im Haushalt hilft und erwartet, dass sie ihn bedient. Sie bemerkt dabei auch, dass sie sich selber mehr abwertet und schlechte Gedanken hat, wenn er da ist. Sie ist dann auch mehr auf das Geschehen und weniger auf ihren Sohn konzentriert, das stört sie sehr. Durch das klare, sachliche Benennen der Situation entsteht bei Janine eine Art **Pro und Contra Liste**. Sie kann schlussendlich sehen und auch spüren, was für sie und ihren Sohn das Beste wäre. Es gelingt ihr dann, ohne Schuld oder schlechtem Gewissen, klarer die Konsequenzen zu sehen und für



sich selbst eine Entscheidung zu treffen. Wenn dann dieses „schlechte Gewissen“ doch wieder auftritt, ruft sich Janine die „Pro und Contra Liste“ ins Gedächtnis, wodurch es ihr wieder besser gelingt, zu ihrer Entscheidung zu stehen. Der Vater des Kindes darf nun nicht mehr einfach zu jeder Zeit vorbeikommen. Jedoch treffen sie sich regelmäßig am Spielplatz, damit Vater und Sohn im Kontakt bleiben und eine Beziehung aufbauen können.

### **5.3 Dritte Grundmotivation**

Ein wichtiger Teil der Therapie ist es, den Selbstwert des Patienten zu stärken. Damit er lernt, sich selbst gegenüber den Forderungen anderer abzugrenzen und für sich selbst einzustehen. Erst wenn er das Recht auf das eigene So-Sein erlebt, wird er in der Lage sein, Stellung zu beziehen und für sich selbst einzutreten. Hier sprechen wir von der Arbeit an der **3. Grundmotivation**. Es geht um die Frage: „Ich bin – aber darf ich so sein wie ich selbst, in meiner Eigenart bin?“. Skills für den **Umgang mit Gefühlen** können dabei unterstützen, in eine fürsorgliche und annehmende Haltung zu sich selbst zu kommen. Sie helfen auch, in eine notwendige Distanz zu den eigenen Gefühlen und Gedanken zu kommen, sie dadurch besser beobachten zu können, sowie ihr persönliche Bedeutung und die Auswirkung zu verstehen. Erst dann kann eine personale Positionierung erfolgen.

Durch den Therapievertrag vollzieht der Patient bereits seine erste Stellungnahme im Rahmen der Therapie: er übernimmt Verantwortung für sein Leben, indem er verspricht, zumindest während der Therapie Suizidversuche zu unterlassen, Therapieregeln einzuhalten, dysfunktionales Verhalten zu vermeiden und konstruktiv mitzuarbeiten. Mit Hilfe der Willensstärkungsmethode kann diese Entschiedenheit des Patienten gestärkt werden. In der existenzanalytischen Behandlung werden die personalen Aktivitäten der 3. Grundmotivation und die Skills für den Umgang mit Gefühlen hauptsächlich im Punkt „Emotionen wahrnehmen“ und „Coping erkennen und benennen“ unterstützend eingesetzt.

**Beispiel:** Janine hat große Schwierigkeiten mit dem Bus oder Zug zu fahren. Sie fühlt sich dort durch andere beobachtet. Sie glaubt dann, die anderen Mitfahrer würden sie bewerten, schlecht über Janine reden oder über sie lachen. Ganz

schwierig wird es für sie, wenn ihr kleiner Sohn nicht brav ist, Lärm macht oder weint. Sie würde dann am liebsten an der nächsten Haltestelle aussteigen um den Blicken der anderen Fahrgäste zu entgehen. Durch die Skills „Umgang mit Gefühlen“ lernt sie, ihre **Gedanken zu beobachten** und sich bewusst zu machen, dass die Gedanken Produkte der Fantasie sind. Mit Hilfe des Skills „**ABC Gesund**“ achtet sie mehr auf ihre emotionale Verwundbarkeit und versucht diese dadurch zu verringern, dass sie darauf bedacht ist gesund und fit zu sein, indem sie für ausreichend Schlaf sorgt (S=Schlaf), angenehme Gefühle sammelt bevor sie aus dem Haus geht (A=angenehmen Gefühle) und Chaos durch Planung vorbeugt (C=Chaos vorbeugen durch Planung) indem sie Spiele und Unterhaltung für ihren Sohn mitnimmt.

#### **5.4 Vierte Grundmotivation**

Schlussendlich geht es noch darum, dass der Borderline Patient lernt am Geschehen in der Welt teilzunehmen und sich selbst durch sein eigenes Handeln einzubringen und zu verwirklichen. In der Therapie ist dies die Arbeit an der **4.**

**Grundmotivation.** Es geht um die Frage nach dem Sinn/nach der Existenz: „Ich bin da – wofür soll ich da sein?“ Der Patient muss sich damit auseinandersetzen, worum es in seinem Leben gehen soll: „Was will ich wirklich tun? Was habe ich für Möglichkeiten? Wofür ist mein Leben gut?“ Durch Skills für **zwischenmenschliche Fähigkeiten** kann der Patient lernen, sein Handeln in der Welt umzusetzen.

Borderline Patienten haben, meiner Erfahrung nach, oft Schwierigkeiten im Umgang mit (hauptsächlich) fremden Menschen. In Gruppen fühlen sie sich sehr unwohl und versuchen, sich im Hintergrund aufzuhalten. Sie haben Angst davor, einen Fehler zu machen oder dass jemand schlecht über sie denken oder reden könnte. Durch das Üben von Verhaltensweisen, mit Hilfe der Skills „zwischenmenschliche Fähigkeiten“, in alltäglichen Situationen, machen die Patienten auch immer die Erfahrung, dass das Umfeld oft nicht so negativ reagiert, wie sie es sich vorstellten. Und sollte es doch einmal zu negativen Reaktionen kommen, so kann man mit Hilfe der Skills „Umgang mit Gefühlen“ auch schon besser damit umgehen. Mit der Zeit kommt der Borderline-Patient in die Lage den Umgang mit der Welt leichter bewältigen zu können. (18, Längle, 2013) Er vollzieht seine Existenz. Dies bedeutet aber auch, dass der Borderline-

Patient die Fähigkeit erlernt hat, sich Raum zu nehmen, seine Grenzen durchzusetzen und Stellung zu beziehen. Durch die personalen Fähigkeiten „Tätig werden, sich einlassen und Verbundenheit erleben“ und den Skills für die zwischenmenschlichen Fähigkeiten kann sich der Patient dabei selbst unterstützen. **Beispiel:** Laura hat sich klar dafür entschieden eine Diät zu beginnen, Sport zu machen und abzunehmen. Es geht nun darum, die Umsetzung zu planen und Hindernisse wahrzunehmen. Um schlechte Gedanken abzuwehren, schreibt Laura **positive Ich-Botschaften** auf kleine Zettel und hängt diese überall in ihrem Zimmer auf. Dadurch motiviert sie sich selbst, dran zu bleiben und nicht aufzugeben. Für störende Gedanken, die ihren „inneren Schweinehund“ unterstützen, sucht sie sich schon im Vorhinein **Gegenargumente**, um nicht den Heißhungerattacken zu verfallen. Ebenso für Mitbewohner, wenn diese blöde Fragen bezüglich ihres Essverhaltens stellen. Laura hat auch einen guten **Humor**, welchen sie einsetzt, wenn sie sich schlecht fühlt oder sie die Motivation zu verlieren droht. Dies hilft ihr dann dabei, nicht alles immer so ernst zu nehmen und trotzdem weiter zu machen.

## 6. Gegenüberstellung

In diesem Kapitel möchte ich zusammenfassend auf Unterschiede und Ähnlichkeiten hinweisen, welche mir in der Arbeit mit den zwei Methoden aufgefallen sind.

Eine Gemeinsamkeit der Existenzanalyse und der dialektischen Verhaltenstherapie liegt im Stufenmodell der Grundmotivationen und der Skills.

So ist in der Existenzanalyse die Erfüllung der 1. Grundmotivation Voraussetzung für die 2. Grundmotivation, welche gegeben sein muss für die 3. Grundmotivation, und so weiter. So muss der Patient im Leben „sein können“, um das Leben auch zu „mögen“, um darin er selbst sein zu „dürfen“ und durch sein „Handeln“ sich schließlich in der Welt einbringen zu können. Obwohl dieses Stufenprinzip vorliegt, können in der Therapie die Grundmotivationen auch für sich alleine stehen. Je nach Situation benötigt es vielleicht auch nur die Arbeit an einer einzelnen Grundmotivation, um den Patienten ausreichend zu unterstützen.

In der dialektischen Verhaltenstherapie bauen die Skills ebenfalls aufeinander auf.

Der Patient kann zuerst mit Hilfe der „Stresstoleranzskills“ die extreme Anspannung

reduzieren, um dann mit „Achtsamkeitsskills“ die Situation und die Gefühle besser wahrnehmen zu können, wodurch er dann mit Skills für den „Umgang mit Gefühlen“ eine Veränderung im Verhalten erreichen und mit Hilfe der Skills für „zwischenmenschliche Fähigkeiten“ zum Aufbau und Erhalt von Beziehungen kommen kann. Mit den Skills verhält es sich ebenso wie mit den Grundmotivationen. So kann auch jede einzelne Skill-Art für sich selbst stehen und angewendet werden. So ist zum Beispiel die Anwendung von Achtsamkeitsskills nicht nur unter der Voraussetzung der vorhergehenden Anwendung von Stresstoleranzskills möglich. Besteht keine extreme Anspannung, so können Achtsamkeitsskills sofort angewendet werden. Auch mit allen anderen Skill-Arten verhält es sich so.

Ebenfalls nochmals zu erwähnen sind die therapeutischen Haltungen, die hinter jeder dieser Therapierichtungen stehen. In der Existenzanalyse wird die Haltung der Offenheit und Voraussetzungslosigkeit angestrebt. Der Therapeut übt sich in der Zurücknahme eigener Interessen. Er begegnet dem Patienten mit Achtsamkeit und pflegt einen wertschätzenden Umgang. Wertfrei zu handeln und das Gegenüber gelten zu lassen, vom Eigenen absehen und hinzuhören zum anderen, steht ebenfalls hinter der existenzanalytischen Haltung. Diese Haltung einzunehmen, ist manchmal nicht so leicht. Der Therapeut muss sich selbst gut im Blick haben und seine Arbeit reflektieren. Skills können ihm dabei helfen, in schwierigen Situationen diese herausfordernde Einstellung beizubehalten. Zudem finde ich es sehr wichtig, dass der Therapeut die Anwendung der Skills „beherrscht“ und deren Auswirkung kennt. Dadurch wird eine korrekte Vermittlung gewährleistet. Der Patient wird zudem spüren, dass der Therapeut überzeugt ist von dem, was er spricht, wodurch er authentisch wirkt und zudem eine positive Auswirkung auf die Motivation des Patienten hat.

Ich habe die Erfahrung gemacht, dass Patienten sich durch die existenzanalytische Haltung sehr gesehen und verstanden fühlen. Sie spüren die Wertschätzung, wodurch es ihnen möglich ist, sich zu öffnen und sich auf Begegnung einzulassen.

Die Haltung der dialektischen Verhaltenstherapie ist dem Menschen sehr bejahend zugewandt. Sie hilft negative Bewertungen zu unterlassen („er hat keine Lust“, „der

Patient will eh nichts verändern“...) und immer einen positiven Blick auf den Patienten zu haben. Auch die Unterstützung des Therapeuten wird dort nicht außer Acht gelassen. Gerade weil es sich um eine intensive Arbeits-Beziehung handelt, braucht der Therapeut objektive Unterstützung, um den Überblick zu behalten und sich nicht in der Emotionalität des Patienten zu verlieren. Dieser Rückhalt durch andere Therapeuten und die Möglichkeit, immer Rücksprache zu halten, stellt eine große Erleichterung der Arbeit dar. Durch die Phänomenologie der Existenzanalyse kann die dialektische Verhaltenstherapie dabei unterstützt werden, das Wesentliche nicht aus dem Blick zu verlieren. Außerdem bin ich davon überzeugt, dass eine neue Sichtweise neue Möglichkeiten aufzeigen kann und somit auch aus einer verfahrenen Situation herauszuhelfen vermag. Was mir allerdings an dieser Haltung fehlt, ist das Zurückstellen von eigenen Erfahrungen, Vorurteilen und Meinungen. Hin und wieder hatte ich den Eindruck, dass dieses, doch etwas sehr strukturierte Vorgehen, Gefahr läuft das Wesentliche zu verlieren. Auch erwecken die Grundannahmen der therapeutischen Haltung der dialektischen Verhaltenstherapie den Eindruck, dass dem Therapeuten viel Verantwortung bezüglich des Vorankommens des Patienten im Prozess auferlegt wird. Dabei scheint die Verantwortung des Patienten ein wenig in den Hintergrund zu rücken. In der Existenzanalyse ist die Übernahme der Verantwortung für sein eigenes Handeln und Entscheiden wesentlich. Denn schließlich muss er die Konsequenzen dafür auch selbst tragen. Ich bin der Meinung, dass es wichtig ist, den Patienten dabei zu unterstützen, die Verantwortung selbst zu übernehmen.

## **7. Diskussion**

In diesem abschließenden Kapitel sollen nun einige Aspekte der verschiedenen Ansätze kritisch betrachtet und diskutiert werden.

Die dialektische Verhaltenstherapie ist sehr umfassend. Das Setting, bestehend aus Einzeltherapie, Skillstraining und Supervision, ist nicht nur sehr zeitaufwändig, sondern auch sehr kostenintensiv. Deshalb ist es für die Patienten meistens dadurch kaum bis gar nicht finanzierbar. Am ehesten ist diese Therapie in Anbindung an eine Institution zu verwirklichen.

In der Praxis zeigt sich auch, dass es oft eine Hürde unter den wenigen DBT-Therapeuten darstellt, gemeinsame Termine für diese spezielle Supervision zu organisieren. Das ist sehr aufwändig, Zeit und Kosten für den Therapeuten betreffend. Dies führt wiederum zu einer finanziellen Belastung der Patienten. Eine Einbettung der Skills in die Einzelstunde der Existenzanalyse würde zu einer finanziellen Entlastung führen und könnte manchen Patienten somit den Zugang zur Therapie ermöglichen. Durch das Einbinden von Therapeuten anderer Psychotherapierichtungen in die speziellen DBT Supervision, könnte es ebenso zu einer finanziellen Entlastung kommen.

Ein weiterer Punkt bezüglich des erhöhten Aufwandes ist für mich die Anwendung der Diary Card und des Spannungsprotokolls. Diese Art der strukturierten Selbstbeobachtung ist in manchen Situationen bestimmt hilfreich. Ich kann mir vorstellen, dass es für manche Borderline-Patienten, welche besonders große Schwierigkeiten haben, ihren Körper und dessen Spannung wahrzunehmen, bestimmt notwendig ist und eine Unterstützung darstellt, gewisse Verhaltensmuster und Abläufe zu erkennen. Dadurch lernt der Patient, mit mehr Achtsamkeit dem Leben und sich selbst zugewandt zu sein. Allerdings empfinde ich das strikte, tägliche und auch stündliche Ausfüllen der Selbstbeobachtungsbögen sehr aufwändig und zeitintensiv. Ich hätte große Mühe, jeden Tag diese Tabellen zur Gänze auszufüllen und würde es vermutlich auch nicht strikt durchhalten. Für mich taucht dann die Frage auf, wie kann ich es von anderen erwarten, wenn ich selbst nicht in der Lage dazu bin. Patienten, welche nicht berufstätig sind, haben vielleicht noch die Möglichkeit, sich so zeitintensiv damit auseinanderzusetzen. Meiner Erfahrung nach handelt es sich jedoch bei berufsuntätigen (auf längere Zeit, nicht z.B.: wegen Krankenstand) Patienten meistens auch um Menschen, bei denen die Borderline Störung stärker ausgeprägt ist. Vielleicht ist es wichtig, zu Beginn darauf zu achten wie ausgeprägt und fixiert die Störung ist, dann kann darüber entschieden werden, wie die Anwendung der Diary Card und des Spannungsprotokolls aussehen soll. Bei manchen Patienten wird die tägliche Anwendung womöglich dann nur am Anfang notwendig sein, um gewisse Prozesse sichtbar zu machen. Sie lernen dann relativ

schnell, von selbst die Auslöser zu entdecken und benötigen die Aufzeichnungen nicht mehr bzw. nicht mehr in dieser Intensität.

Ein wenig zu kritisieren habe ich noch das Praxishandbuch der dialektischen Verhaltenstherapie. Der Inhalt wirkt beim Lesen oft sehr steif, als würde man eine Bedienungsanleitung erhalten. Es macht den Eindruck, dass das Umsetzen der Therapie sehr anstrengend wäre. Das Gefühl entsteht, in der Therapiestunde wie ein Roboter zu reagieren und ganz genau den Ablauf befolgen zu müssen und nicht individuell auf den Patienten eingehen zu können. Ich vermute, dass es dann an jedem Therapeuten persönlich liegt, wie er dieses Wissen umsetzt und die Therapie anwendet.

Für mich noch ein sehr wichtiger und zu erwähnender Punkt ist die Absolvierung einer intensiven Selbsterfahrung des Therapeuten, speziell auch für die Arbeit mit Borderline-Patienten. Dies ist, meiner Meinung nach, eine unabdingbare Notwendigkeit. Der Therapeut muss sich selbst und seinen Schwachpunkt gut kennen und während der Therapiestunde gut im Blick haben. Borderline-Patienten haben ein gutes Gespür für die Schwächen des Gegenübers und finden diese prompt! Es benötigt dann Sicherheit auf Seiten des Therapeuten, um sich dadurch nicht aus der Bahn werfen zu lassen und gut mit Vorwürfen und Beleidigungen des Patienten umgehen zu können. Es ist auch wichtig, um sich im Gegenübertragungserleben im Hinblick auf den Patienten zu verstehen und dieses Agieren aus der Psychodynamik nicht zu bedienen.

Der Therapeut sollte sich auch unbedingt die Frage stellen, ob er mit Borderline-Patienten arbeiten mag. Sich diese Frage zu stellen, ist nicht verwerflich. Die Arbeit mit Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ist sehr herausfordernd. Als Therapeut sollte man sich absolut sicher sein, diese Arbeit machen und sich der Herausforderung stellen zu wollen. Ein Abbruch der therapeutischen Beziehung von Seiten des Therapeuten wäre für den Borderline-Patienten verheerend. Die Unsicherheit im Bereich der zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten würde

somit verstärkt werden. Daher ist es nicht nur eine personale, sondern auch eine professionelle Stellungnahme, welche der Therapeut zu treffen hat. (9, Fischer-Danzinger, 2017)

### **Abschließend noch kurz zusammengefasst:**

Die Existenzanalyse zielt unter anderem darauf ab, das grundlegende Thema bzw. den eigentlichen Schmerz, der sich durch bestimmte Verhaltensweisen zeigt, welche zu einem Leiden führen, zu finden und zu bearbeiten. Durch das therapeutische Durcharbeiten dieser Themen kommt es beim Patienten zu einer psychischen und auch körperlichen Beruhigung. Dies wiederum hat eine ganzheitliche Auswirkung in allen Bereichen des Lebens (privat, beruflich, familiär). Voraussetzung für eine Therapie ist jedoch, dass der Patient über ausreichende Ich-Funktionen verfügt. Ist diese Fähigkeit brüchig oder nur sehr schwach vorhanden, so muss zuerst daran gearbeitet werden, diese Fähigkeiten auszubauen. Bei einer Persönlichkeitsstörung liegt immer eine Störung der Struktur vor. Deshalb besteht die Therapie zu Beginn zu einem großen Anteil auch an der Arbeit an den Ich-Funktionen. Ohne das Wahrnehmen, Berühren lassen, Stellungnahme beziehen und Handeln in der Welt ist Veränderung nicht möglich. (19, Kolbe, 2014)

Die Störung auf der Strukturebene führt in Folge auch zu einer Störung der Emotionsregulation. Vor allem der Borderline-Patient hat große Schwierigkeiten, seine oft schnell wechselnden und extrem ausgeprägten Gefühle auszuhalten und damit umzugehen. Es ist dann wichtig, dass der Patient zuerst lernt, seine Emotionen zu regulieren. (19, Kolbe, 2014) In der Existenzanalyse fehlt, meiner Meinung nach, die konkrete Vermittlung des klaren Handwerkszeuges zum Erwerb von Fähigkeiten zur Emotionsregulation. Die Skills der dialektischen Verhaltenstherapie stellen hier, meiner Ansicht nach, eine gute Unterstützung dar. Durch die Anwendung der Skills kann der Patient sich besser von seinen Emotionen distanzieren, diese lernen auszuhalten und im Hier und Jetzt zu bleiben.

Generell ist die dialektische Verhaltenstherapie ein sehr spannender Ansatz. Das Ziel der Emotionsregulation wurde konsequent verfolgt. Jedoch schien mir (im Gegensatz zur Existenzanalyse) das dahinterliegende Thema, welches zu diesem Verhalten



fürte, eine geringere Beachtung zu erhalten. Das Thema bzw. der grundlegende Schmerz wird, meiner Ansicht nach, nicht aufgearbeitet. Der Patient lernt, mit seinen Emotionen und den Schwierigkeiten seines Verhaltens umzugehen. Er lernt sein Verhalten auf bestimmte Trigger, welche durch Kettenanalyse eruiert werden, zu verändern. Jedoch kommt es, meines Erachtens nach, dadurch nicht auf Dauer zu einer gesamten Beruhigung des Themas mit einer Auswirkung auf alle Bereiche des Lebens.

Jede Therapierichtung kann für sich alleine stehen und gute Arbeit leisten. Nun kommt es vielleicht auch ein Stück weit darauf an, welche Erwartung der Therapeut an seine Arbeit hat und welches Ziel er verfolgt. Letztendlich entscheidet auch der Patient, welchen Weg er gehen möchte. Er hat die Möglichkeit zu lernen sein Verhalten zu ändern, oder er nutzt die Chance am grundlegenden Thema zu arbeiten und dadurch eine Veränderung in vielen Bereichen zu erzielen.

Der Fokus der Existenzanalyse liegt also auf der Aufarbeitung und dem Verstehen des grundlegenden Themas, welches hinter der Störung liegt. Der Fokus der dialektischen Verhaltenstherapie liegt auf der Vermittlung von Fertigkeiten zur Emotionsregulation im Hier und Jetzt. Ich bin überzeugt, dass sich die beiden Therapieansätze gut ergänzen. Ich finde, dass es dadurch zu einer Vervollständigung der Arbeit kommt und dem Patienten somit ermöglicht wird, die ihm bestmöglichen Ziele zu erreichen. Denn durch die Skills kann sich der Patient besser und tiefer auf sein persönliches Thema einlassen und somit auch verstehen, da er über das notwendige Wissen verfügt mit der Emotionalität in diesen Themen umzugehen.

Schlussendlich geht es im Gesamten nicht darum, welcher therapeutische Ansatz Recht hat, oder welcher besser ist, sondern es geht um ein gemeinsames Miteinander. Durch die Offenheit aller Betroffenen kann ein gemeinsamer Dialog entstehen, in dem es darum geht, zusammen das Bestmögliche, aus allem was uns zur Verfügung steht, für den Patienten herauszuholen, damit ein Prozess in Gang kommt und er eine Veränderung machen kann, welche ihn näher an ein selbstbestimmtes Leben führt. Das sollte zumindest der Grund sein, weshalb wir unsere Arbeit machen.

## **Literaturangabe: \***

1. Saß H, Wittchen H, Zaudig M, Houben I (2003) Diagnostische Kriterien. DSM-4-TR (DT. Bearb.), Göttingen: Hogrefe,
2. Bohus M (2002) Borderline-Störung. Bern: Hogrefe
3. Koerner K (2013) Praxishandbuch DBT. Strategien der Dialektisch Behavioralen Therapie. Basel: Beltz
4. Längle A (1999) Die Spaltung des Selbst. Eine Theorie der Persönlichkeitsstörungen der histrionischen Gruppe. In: Existenzanalyse 2/99, S. 15 – 18
5. Probst Ch (2002) Therapie eines Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Existenzanalyse 19/1/2002, S. 32-34
6. Dinhobl R, Aistleitner U, Plöderl M, Fartacek C (2017) Existenzanalytische Anwendung dialektischer Verhaltenstherapieelemente. Erfahrungen in der stationären Krisenintervention mit suizidalen Borderline Patienten. In: Existenzanalyse 27/2/19 S. 81 - 86
7. Tutsch L (2017) Alles viel zu intensiv – auch das Zuwenig. In: Existenzanalyse 34/2/2017 S. 26 – 30
8. Angermayer M (2017) Beziehungsweise(n) – Grenzerfahrung in der Gestaltung therapeutischer Beziehung. In: Existenzanalyse 34/2/2017 S. 42 – 48
9. Fischer-Danzinger D (2017) Die (sichere) Fahrt auf der Hochschaubahn. In: Existenzanalyse 34/2/2017 S. 49 - 58
10. Rauch J (2017) Trauma – Sucht – Borderline Störung. In: Kongress: Schmerzhaft, Wien, 29.04. – 01.05.2017
11. Rauch J (2017) Demonstration: „Ich habe wieder geritzt“ Umgang mit selbstverletzendem Verhalten in der Therapie. In: Kongress: Schmerzhaft, Wien, 29.04. – 01.05.2017
12. Fischer-Danzinger D, Gawel B (2017) Demonstration: Umgang mit Suiziddrohungen und –versuchen in der Therapie mit Borderline-Patienten. In: Kongress: Schmerzhaft, Wien, 29.04. – 01.05.2017
13. Bukovski R, Tutsch L (2017) Demonstration: Es ist zum schreien. In: Kongress: Schmerzhaft, Wien, 29.04. – 01.05.2017

14. Angermayr M, Steinert K (2017) Demonstration: „Warum sind sie so wütend auf mich?“ Zum Umgang mit okkupierendem Verhalten in der Therapie mit Borderline-Patienten. In: Kongress: Schmerzhaft, Wien, 29.04. – 01.05.2017
15. Bohus M, Wolf M (2009) Interaktives Skills Training für Borderline-Patienten. Stuttgart: Schattauer
16. Kolbe Ch (2016) Seminar: Fachspezifikum Existenzanalyse und Logotherapie. Volkshochschule Götzis: Aug 2016
17. Kolbe Ch (2016) Seminar: Fachspezifikum Existenzanalyse und Logotherapie. Volkshochschule Götzis: Sept 2016
18. Längle A (2013) Lehrbuch zur Existenzanalyse. Grundlagen. Wien: facultas.wuv
19. Kolbe Ch (2014), Person und Struktur. In: Zeitschrift Existenzanalyse 31/2/2014, S. 32 – 40
20. Kolbe Ch (2017), Das verletzte Selbst. Persönlichkeitsstörungen aus existenzanalytischer Sicht. In: Zeitschrift Existenzanalyse 34/2/2017, S. 19 – 25

\*Die Literaturangabe erfolgte nach dem Verlauf des Erstellens der Arbeit. Deshalb wurde keine alphabetische Reihung, sondern eine Nummerierung vorgenommen, welche auch als Kennzeichen bei den Literaturverweisen dient.