



## AVM Fallbericht Frau M.

Verhaltenstherapeutische ambulante Behandlung einer Klientin mit Borderline-Persönlichkeitsstörung sowie einer schweren depressiven Episode.

### Diagnosen:

F60.31 Borderline Persönlichkeitsstörung  
F 32.2 schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome

Verfasserin: Stephanie Frei-Herbsthofner, MSc.

## Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung .....	5
2	Vorinformation.....	5
2.1	Patientendaten.....	5
2.2	Rahmenbedingungen der Therapie.....	5
2.3	Zuweisungsmodus .....	5
2.4	Vorbehandlung.....	5
2.5	Medizinische Abklärung .....	6
2.6	Medikamentöse Behandlung .....	6
2.7	Erster Eindruck beim Erstgespräch.....	6
3	Exploration / Anamnese .....	6
3.1	Informationsquellen.....	6
3.2	Spontan berichtete Symptomatik und Problembeschreibung .....	7
3.3	Aktuelle Lebenssituation .....	7
3.4	Soziobiographische Anamnese.....	8
3.5	Psychischer/ Psychopathologischer Befund.....	9
4	Motivationsanalyse .....	10
5	Problemanalyse und (Verhaltens-) Diagnostik.....	10
5.1	Zusammenfassung aller Symptome und problematischen Verhaltenskomponenten .....	10
5.2	ICD-10- Diagnose .....	11
5.3	Genese der Symptomatik/ Makromodell.....	12
5.3.1	Analyse der die Symptome auslösenden Bedingungen.....	12
5.4	Plananalyse/ vertikale Analyse.....	13
5.5	Horizontale Verhaltensanalyse/ Mikroanalyse /SORKC Modell .....	15
5.6	Makroanalyse.....	15
5.7	Health-Belief Modell .....	17
5.8	Selbstkontrollversuche.....	17
5.9	Ressourcenanalyse .....	17
5.10	Hypothetisches Bedingungsmodell .....	18
6	Zielanalyse und Therapieplanung.....	19
6.1	Zielanalyse .....	19
6.2	Gemeinsame Zielbestimmung.....	19
6.3	Erwartete Folgen der Zielerreichung.....	20
6.4	Ableitung eines Therapieplanes aus Problemanalyse und Zielanalyse .....	20



6.4.1	Auswahl von Problembereichen.....	20
6.4.2	Planung und Auswahl therapeutischer Interventionen mit Begründung.....	20
6.5	Aufbauplan und Priorisierung des Vorgehens.....	23
6.6	Geplante Maßnahmen zur Generalisierung des Therapieerfolges.....	23
6.7	Evaluation der Therapie .....	23
7	Verlauf der Therapie .....	23
7.1	Formale Beschreibung des Therapieverlaufs .....	23
7.2	Zielbezogene inhaltliche Beschreibung des Therapieverlaufs inklusive verwendeter therapeutischer Interventionen .....	24
7.3	Darstellung geplanter Maßnahmen zur Nachbetreuung und Beendigung der Therapie .....	29
7.3.1	Rückfallprophylaxe .....	29
7.4	Darstellung aufgetretener Schwierigkeiten im therapeutischen Prozess .....	29
8	Evaluation / Erfolgs- bzw. Misserfolgskontrolle .....	29
8.1	Darstellung der Zielerreichung, der (Nicht-) Veränderung der problematischen Verhaltensweisen sowie der Symptomatik des Klienten .....	29
8.2	Überprüfung der ICD Diagnostik .....	30
8.3	Darstellung der zur Erfolgsmessung tatsächlich verwendeten Instrumente und der damit erfassten Ergebnisse .....	30
9	Kritische Reflexion.....	31
10	Literatur.....	32

## Abstract

This case study represents the behavioural therapy of a 28-year-old female with a borderline personality disorder and major depression. The client showed aggressive and impulsive behaviour with self-harm, emotional instability, poor social skills, depressed mood and a lack of energy/interest and pleasure. The family history was described as an invalidating environment with inconsistent, incomprehensible rules that lead to the attitude to “trust no one” and to “show no weakness”. Main goals for the therapeutic intervention were (a) to reduce the symptoms of depression, (b) to reduce self-harm and suicidal threats made towards her husband, (c) to regulate affects with skills training and mindfulness, (d) to improve social skills learn nonviolent communication to express own needs in interpersonal situations. After 30 sessions, symptoms of depressions and criteria for borderline personality disorder were measurably reduced.

Keywords: borderline personality disorder, major depression, skills, behavioural therapy, nonviolent communication.

## Zusammenfassung

Dieser Fallbericht stellt die verhaltenstherapeutische ambulante Therapie einer 28-jährigen, weiblichen Klientin mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sowie einer schweren depressiven Episode dar. Die Klientin zeigte aggressives, impulsives sowie selbstverletzendes Verhalten, emotionale Instabilität, schlechte soziale Fähigkeiten, depressive Stimmung sowie Lust-, Interessens- und Antriebslosigkeit. Biografisch wurde von einer invalidierenden Umgebung mit inkonsistenten und teilweise nicht nachvollziehbaren Regeln berichtet, die zu Lebensregeln wie „vertraue niemanden“ und „zeige keine Schwäche“ führte. Hauptziele der therapeutischen Arbeit waren (a) die Reduktion der depressiven Symptomatik, (b) ein Rückgang des selbstverletzenden Verhaltens sowie den Suizidandrohungen an ihrem Ehemann, (c) Verbesserung der Affektregulation durch Skillstraining und Steigerung der Achtsamkeit und (d) eine Steigerung sozialer Fähigkeiten sowie das Erlernen gewaltfreier Kommunikation, um eigene Bedürfnisse langfristig besser kommunizieren zu können. Nach 30 Sitzungen konnten sowohl die depressive Symptomatik als auch die Kriterien für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung deutlich reduziert werden.

Stichwörter: Borderline-Persönlichkeitsstörung, schwere depressive Episode, Skills, Verhaltenstherapie, gewaltfreie Kommunikation

# 1 Einleitung

Der folgende Fallbericht beschreibt die ambulante verhaltenstherapeutische Behandlung einer 28-jährigen Frau mit einer schweren depressiven Episode sowie einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (F 32.2, F60.31 nach ICD-10).

Das psychotherapeutische Verständnis über die Borderline-Persönlichkeitsstörung wurde in den letzten Jahren stetig verbessert. Mittels Therapieforschung konnten gute und vielversprechende Behandlungserfolge erzielt werden (Bohus, 2019; S. 1). Neue Studien gehen davon aus, dass nach sechs Jahren etwa 50% und nach 10 Jahren ungefähr 90% der Erkrankten nicht mehr die diagnostischen Kriterien für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung erfüllen (Bonin, 2022; S. 34). Die Erkrankung gilt somit, umgangssprachlich formuliert, als heilbar. Trotzdem stellt die Diagnose im ambulanten sowie stationären Setting eine Herausforderung dar und bedarf, für eine gute Prognose, ein frühes Erkennen und eine fachkundige Behandlung. In der verhaltenstherapeutischen Literatur (aber auch in der Deutschen S2-Leitlinie für Persönlichkeitsstörungen; Bohus, Buchheim, Doering, Herpertz, Kapfhammer et. al., 2009, S. 84)) gilt die Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) von Linehan (Bohus, 2019; S. 20) als eine effektive Behandlungsform für Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Dieser Fallbericht beschreibt eine an diesem Konzept angelegte Behandlung im ambulanten Setting.

## 2 Vorinformation

### 2.1 Patientendaten

Die Patientin ist eine 28 Jahre alte Frau, wiegt 55 kg bei 1,63m Körpergröße. Sie ist gelernte IT-Systemtechnikerin und seit 8 Jahren Angestellte einer Firma mit mehreren, länger andauernden Auslandsaufenthalten. Sie ist seit einem Jahr verheiratet und seit 8 Jahren mit ihrem Mann zusammen.

### 2.2 Rahmenbedingungen der Therapie

Die verhaltenstherapeutische Einzelbehandlung fand im ambulanten Setting statt. Sie umfasste 30 Therapieeinheiten in Einzeltherapie. Eine Einheit dauerte 50 Minuten in zunächst wöchentlichem Abstand, danach vierzehntägigem sowie anschließendem monatlichem Intervall.

### 2.3 Zuweisungsmodus

Die Klientin wurde durch den Facharzt in die psychotherapeutische Praxis überwiesen. Diese suchte Sie aufgrund einer beginnenden depressiven Symptomatik auf. Die Kontaktaufnahme fand durch E-Mail-Kontakt statt, womit ein gemeinsamer Termin zum Erstgespräch gefunden wurde.

### 2.4 Vorbehandlung

Die Klientin war bereits drei Jahre zuvor aufgrund einer depressiven Episode, Sozialphobie sowie Panikstörung in fachärztlicher Behandlung. Eine Psychotherapie selbst, habe Sie jedoch noch nicht gemacht. In dieser ärztlichen Behandlung habe Sie eine medikamentöse

Therapie erhalten und Techniken zum Umgang mit aufkommenden Panikattacken erlernt, die sie noch bis heute mit Erfolg anwendete. Durch einen Umzug wurde der Facharzt gewechselt, welcher ihr nun eine Verhaltenstherapie empfohlen hat.

## **2.5 Medizinische Abklärung**

Durch den Hausarzt wurde ein umfassendes Blutbild durchgeführt. Dieses zeigte keine Auffälligkeiten. Ein bildgebendes Verfahren wurde nicht durchgeführt.

## **2.6 Medikamentöse Behandlung**

Die Klientin erhielt zu Beginn der Therapie Seroquel, 25 mg abends durch den Facharzt und Praxiten 15 mg als Bedarfsmedikation durch den Hausarzt. Seroquel setzte die Klientin nach einigen Monaten ab. Die Bedarfsmedikation wurde laut Klientin nur zwei Mal eingenommen. Sie nahm im Rahmen einer Schmerzbehandlung aufgrund einer Endometriose gegen Ende der Psychotherapie CBD Tropfen ein.

## **2.7 Erster Eindruck beim Erstgespräch**

Die Klientin kleidete sich sehr auffallend, aber gepflegt. Sie wirkte in ihrem Verhalten offen, aber gleichzeitig feindselig. Diese Feindseligkeit zeigte sich beispielweise, dass sie oft wiederholte, dass sie aufgrund ihrer Geschichte niemandem vertraue und auch mir deshalb nicht vertrauen könne. Auf die Frage, was Sie brauchen würde, dass sie mir vertrauen könne, sagte sie, dass dies eine Regel für sie sei („Vertraue niemanden“) und sie diese nicht ablegen möchte. Wir einigten uns im Erstgespräch, dass ich ihre Regel achte, und alle Methoden und Überlegungen offen und transparent mit ihr besprechen werde. Die Klientin sprach gleichzeitig aber sehr offen über ihre aktuelle Symptomatik und ihre Überforderung in der Arbeit. Gegen Ende der Stunde teilte die Klientin mit, dass sie Angst habe, dass ich sie „einweisen“ ließe, wenn sie den BDI (Beck Depressions Inventar wurde vorgegeben) ehrlich ausfüllte. Diese Sorge wurde besprochen, dass dies nur dann passierte, wenn eine Selbst- oder Fremdgefährdung vorliege, wenn diese akut und unverzüglich präsent sei, dies zu ihrem Schutz passieren würde, und von mir mit ihr besprochen werden würde. Dies erleichterte sie sichtlich.

# **3 Exploration / Anamnese**

## **3.1 Informationsquellen**

Exploration durch das Gespräch mit der Klientin

Verhaltensanalyse

SKID I und II (Strukturelles Klinisches Interview für DSM-IV)

BDI (Becks Depressions Inventar)

DIB (Diagnostisches Interview für das Borderlinesyndrom von Gunderson)

## **Testdiagnostik**

Das *Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV (SKID)* für die *Achse 1* ergab signifikante Auffälligkeiten im Bereich A: Affektive Symptome für eine Major Depression Episode. *Achse 2* zeigte die Überschreitung des Cutoff-Wertes für die Borderline-Persönlichkeitsstörung und

weitere signifikante Auffälligkeiten für die paranoide Persönlichkeitsstörung (siehe Anhang unter „Diagnostik“)

Der *Beck Depressions Inventar (BDI)* ergab einen Gesamtwert von 33 und deutete zum Testzeitpunkt auf das Vorliegen einer schweren depressiven Episode hin.

Das *Diagnostische Interview für das Borderlinesyndrom (DIB)* deutete mit einem Gesamtwert von 7 auf das Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung hin.

### **3.2 Spontan berichtete Symptomatik und Problembeschreibung**

Die Klientin berichtete von Schlafstörungen, vermindertem Antrieb, Freudlosigkeit und Interessensverlust, Weinkrämpfen sowie Grübelgedanken. Sie habe das Gefühl, an Allem schuld zu sein und könne nicht mehr in die Arbeit gehen. Sie habe mehrere Auslandsaufenthalte hintereinander hinter sich: ein halbes Jahr in den USA, ein Monat in Südkorea und ein Monat in Spanien. Sie selbst sei erst wenige Wochen zuvor aus Spanien zurückgekommen und habe ihre Wohnung nicht mehr verlassen wollen. Teilweise fanden diese Auslandsaufenthalte während der Corona Pandemie 2020 und 2021 statt, was sie massiv belastete. Während ihres letzten Aufenthaltes in Spanien sei sie „ausgerastet“, habe die Mitarbeiter „angefacht“, sei ins Hotelzimmer und habe ihre Firma informiert, dass sie sofort nachhause musste und das Hotelzimmer nur mehr für die Fahrt zum Flughafen verlassen würde. Sie berichtete von massiven Weinkrämpfen, Einsamkeitsgefühlen und Schuldgefühlen. Sie habe das Gefühl, sie könne sich nicht richtig ausdrücken - auch Freunden gegenüber. Sie sage oder schreibe dann impulsiv etwas, weil ihr „der Faden reißt“ und das tue ihr im Nachhinein dann oft leid. Grundsätzlich sei sie schon immer so gewesen, dies sei aber in letzter Zeit immer schlimmer geworden. Sie habe das Gefühl, dass ihre Freunde mit „ihrer ehrlichen Art“ nicht mehr zurechtkommen und sie für komisch empfinden. Sie fühle sich allein, das Zusammensein mit ihren Freunden sei aber zunehmend schwierig, weil sie sie schlecht behandeln würden.

Sie grüble ständig darüber nach, was andere Personen in der Firma über sie denken. Sie empfindet das Gespräch mit anderen als höchst unangenehm und teilweise auch überfordernd. Sie teilte mit, dass sich ihr Anspannungsgefühl sehr unangenehm steigern konnte und sie sehr impulsiv reagieren konnte und sich beispielweise ins Gesicht schlage, sodass sie blau wäre. Dies sei in letzter Zeit immer öfters vorgekommen. Ihr Mann sei deswegen sehr belastet.

### **3.3 Aktuelle Lebenssituation**

Die Klientin wohnt gemeinsam mit ihrem Ehemann in einer Wohnung in der Nähe seiner Eltern. Sie und ihr Mann arbeiten bei derselben Firma, wo sie sich auch kennengelernt haben. Die Klientin habe den Kontakt zu ihrer Familie vollständig abgebrochen. Sie wolle mit ihrer Mutter sowie Großmutter nichts mehr zu tun haben, da diese Alkoholikerinnen seien und sie nur ausnutzen würden. Den Kontakt zu ihren zwei Halbschwestern habe sie ebenfalls

abgebrochen, da sie für ihre Mutter Partei ergreifen würden und sie dies nicht aushalte. Sie habe einen großen Freundeskreis, schilderte aber auch, dass sie das Gefühl habe, dass sie dort keiner verstünde, sie jeder „schief anblicke“ und ausgrenze und für „komisch“ empfand. Sie ziehe sich momentan aus diesem Freundeskreis zurück.

### **3.4 Soziobiographische Anamnese**

#### *Kindheit, lebensgeschichtliche Entwicklung*

Die Klientin berichtete, ihre Kindheit sei furchtbar und schrecklich gewesen. Sie habe zusammen mit ihrer Mutter gewohnt, teilweise auch mit verschiedenen Partnern der Mutter und eine kurze Periode mit ihrer Mutter und Großmutter gemeinsam. Sie habe zwei Halbschwestern, wo von sie die Älteste sei. Sie habe keinen Kontakt mehr zu diesen. Mit ihrem leiblichen Vater habe sie sporadisch Kontakt, aber keine enge Bindung. Ihre Mutter sei eine Alkoholikerin und sei immer abhängig von einem Mann gewesen. Diese, der damalige Partner ihrer Mutter, sowie ihre Großmutter später, haben sie regelmäßig geschlagen, einige Male auch getreten, haben nicht bzw. wenig auf ihre Bedürfnisse reagiert, und totalitäre Erziehungsregeln aufgestellt. In der Küche seien Regeln aufgeschrieben gewesen, die wie folgt lauteten 1. Die Eltern haben immer Recht. 2. Die Kinder müssen immer auf die Eltern hören. 3. Wenn die Eltern nicht Recht haben, siehe Regel 1. Die Klientin berichtete auch von einem sexuellen Übergriff durch den damaligen Partner der Mutter. Sie habe dies ihrer Mutter mitgeteilt, diese habe aber, laut Klientin, aufgrund der finanziellen Abhängigkeit von diesem Partner, nicht darauf reagiert. Sie habe in ihrer Volksschulzeit auch eine noch immer bestehende, on-and-off Freundschaft mit einem Mädchen aus ihrer Klasse entwickelt, welche ein ähnliches, laut Klientin, noch viel schlimmeres Elternhaus gehabt habe. Diese Freundin habe ihr den Tipp gegeben, sie müsse, wenn sie geschlagen werde, lachen, um keine Schwäche zu zeigen, und nicht zu zeigen, dass sie ihr wirklich weh tun könnten. Dies habe die Klientin beherzigt und teilte mit, dass sie bis ins Erwachsenenalter nach dieser Regel lebe, und lächle, sollte sie physisch oder auch emotional verletzt werden. Sie habe in ihrer Volksschulzeit sehr viel Zeit bei dieser Freundin verbracht. Sie habe zudem in ihrer Kindheit sehr viel in ihrer Phantasiewelt gelebt. Sie habe sehr gerne gemalt und Comics gelesen. Zu ihren Halbschwestern habe sie früher ein gutes Verhältnis gehabt, habe sie immer wieder beschützen wollen, aber sei auch in ihren Jugendjahren sehr wenig zuhause gewesen, sei sehr lange ausgegangen, habe dort mit anderen Jugendlichen sehr viel getrunken und sich teilweise auch geprügelt. Sie habe die Schule vorzeitig abgebrochen, um zu arbeiten und sei aus ihrem Elternhaus ausgezogen. In den späteren Jugendjahren (etwa 18 bis 19 Jahre) habe sie aufgehört zu trinken und war seitdem nie wieder betrunken. Drogen habe sie immer wieder mal probiert, aber nie regelmäßig, worauf sie sehr stolz sei. Ihre Mutter habe sie immer wieder sporadisch kontaktiert, diese habe sie in letzter Zeit aber immer wieder nach Geld gefragt, und als egoistisch bezeichnet, weshalb sie die Beziehung zu ihr vor einigen Jahren abgebrochen habe. Die Klientin berichtete, mit 19 Jahren ihren jetzigen Mann kennengelernt zu haben, und seitdem mit ihm zusammen zu sein. Dieser habe sie animiert, ihren Schulabschluss nachzuholen und einen Beruf zu erlernen, sodass sie „etwas habe“, und auf eigenen Beinen stehen könne, falls sie sich trennen. Diese Beziehung



sei ihre Rettung gewesen. Ihr Partner habe sehr viel Verständnis und Geduld mit ihr, sage ihr aber auch offen, wenn etwas was sie getan hat, nicht in Ordnung gewesen sei. Teilweise könne er mit gewissen Dingen (dem Schlagen ins Gesicht, teilweise habe er auch Angst, jemand könne denken, er schlage sie sowie den Suizidandrohungen) nicht umgehen und ziehe sich selbst zurück. Er sei der einzige Mensch, dem sie vertraue. Sie mochte ihren Beruf anfangs sehr gerne, habe aber in den letzten Jahren zunehmend mit Anforderungen des Abteilungsleiters weniger gut umgehen können, fühle sich nun negativ von ihren Kolleginnen bewertet, da sie ihre letzten Auslandsaufenthalte „schlecht“ bewältigt habe. Mit den Schwiegereltern verstehe sie sich gut. Suizidversuche gab es keine. Die Klientin drohte bei hohen Anspannungsphasen Suizid ihrem Partner gegenüber an, worunter die Beziehung sehr litt. Sie versuche dies deshalb nicht zu tun, da sie ihren Partner liebe und nicht verlieren will. Ihr Partner erlebe sie momentan als fordernd. Sie habe eine Neigung zu Konflikten und Streitereien. Sie habe mehrere Schönheitsoperationen hinter sich (Brustvergrößerung sowie Nase), und habe Tätowierungen am ganzen Körper. Sie bereue jedoch ein großes Tattoo, dass sie sich über dem Dekolleté stechen hat lassen und wolle sich dieses weglassen lassen.

#### *Prägende, wichtige negative Lebensereignisse*

- Im Alter von 6 Jahren sei die Klientin mit ihrer kleinen Schwester (Säuglingsalter) allein gelassen worden, ohne zu wissen, wo ihre Mutter sei. Die Schwester habe durchgehend geschlafen, sie habe sich jedoch trotzdem hilflos und überfordert gefühlt.
- Im Alter von 9 Jahren, habe die Klientin mit ihrer besten Freundin gespielt. Während dieses Spieles habe sich ein anderes Mädchen hinzugesellt und sich mit ihrer besten Freundin gegen sie verbündet und dort als Streich allein gelassen. Dies habe sie als sehr kränkend erlebt und denke auch noch heute daran.
- Im Alter von 10 Jahren habe die Klientin zu einer Freundin gehen wollen, dies habe aber ihre Mutter, sowie Großmutter untersagt. Daraufhin entbrach ein Streit woraufhin sie von beiden geohrfeigt worden sei.

#### *Prägende, wichtige positive Lebensereignisse*

- Sie habe mit etwa 18 Jahren ihren jetzigen Ehemann kennengelernt, und beschreibt dies als das Beste was ihr hätte passieren können.

### **3.5 Psychischer/ Psychopathologischer Befund**

Klientin wach, bewusstseinsklar, in allen Qualitäten orientiert. Im Ductus formal geordnet, grüblerisch, inhaltlich exogene (berufliche) Belastungen mit Erschöpfung, Adynamie, innerer Unruhe. Stimmung herabgesetzt. Kein Hinweis auf Manie oder produktiv-psychotischen Erlebens. Psychomotorisch leicht verlangsamt, Antrieb verringert. Keine wesentlichen mnestischen oder kognitiven Defizite eruierbar. Kein Hw. auf Suizidalität,

## 4 Motivationsanalyse

Die Klientin äußerte zwar Schwierigkeiten sich auf die Therapie einlassen zu können, zeigte sich aber dennoch offen und motiviert. Sie setzte jede Hausübung und jede neu erlernte Technik um und berichtete ehrlich ihre Erfolge / bzw. auch Misserfolge, adaptierte Therapieinhalte auf ihren Alltag und legte Wert darauf regelmäßige Therapieeinheiten auszumachen. Vor allem auf Imaginationen konnte die Klientin sehr gut eingehen und wendete Techniken des sozialen Kompetenztrainings regelmäßig an.

## 5 Problemanalyse und (Verhaltens-) Diagnostik

### 5.1 Zusammenfassung aller Symptome und problematischen Verhaltenskomponenten

#### *Körperliche Symptome:*

- Krampf in der Magengrube
- Kloß im Hals

#### *Gefühle*

- Wut (darüber, dass so viele Anforderungen gestellt werden, dass sie diesen nicht mehr nachkommen kann, dass ihr Vorgesetzter nicht auf ihre Gesundheit achtet.)
- Angst (Erwartungen der Mitarbeiter oder des Vorgesetzten oder von Freunden, nicht zu entsprechen) Angst, dass man sie insgeheim nicht möge, Angst allein gelassen zu werden.
- Traurigkeit

#### *Kognitionen*

- Wutbezogen: Warum lässt mich der Vorgesetzte nicht in Ruhe? Warum schaffe ich das nicht? Glaubt er, er kann alles mit mir machen? Ich mache alles falsch. Wieder mal hört man mir nicht zu, ich werde schon wieder für dumm gehalten. Mir reicht es, wieso kann mir keiner einmal zu hören, was sage ich bitte falsch, so dass mir keiner zuhört.
- Angstbezogen: Ich habe Angst, meine Mitarbeiter könnten denken, ich bin komisch und verrückt. Ich habe Angst, dass sie über mich reden. Ich habe Angst, dass sie glauben, ich mache keinen guten Job. Ich habe Angst, dass meine Freunde mich für komisch halten. Ich habe Angst, dass meine Freunde sich von mir abwenden.
- Anforderungen: Ich muss einen guten Eindruck hinterlassen. Ich muss auf der „Baustelle“ Erfolg haben. Ich muss von jedem gemocht werden. Ich darf keine Schwäche zeigen. Ich muss lächeln, wenn mich jemand verletzt oder meine Grenzen überschreitet.

- Grübeln: Warum habe ich das gesagt? Wie hat das auf andere gewirkt? Haben die über mich geredet? Finden die mich komisch?
- Negative Erwartungen: Wenn es nicht besser wird, werde ich gekündigt. Wenn es nicht besser wird, dann werde ich für immer arbeitslos sein, denn ich kann nichts anderes. Wenn ich gekündigt werde und nichts anderes finde, werde ich abhängig von meinem Mann und dann bin ich so wie meine Mutter. Wenn es nicht besser wird, dann werden meine Freunde sich von mir abwenden und dann bin ich allein.

### **Verhalten**

- Vermeidung: keine großen Menschenmengen (etwa Interspar)
- Rückversicherungsverhalten: Nachfragen beim Partner, wie er die Interaktion verstehen würde, Personen nachfragen, ob „sie eh noch Freunde sind“. Partner mehrmals täglich fragen, ob er sie noch liebe.

### **Häufigkeit und Intensität der Symptome**

Die Symptomatik ist täglich vorhanden, an den meisten Stunden.

## **5.2 ICD-10- Diagnose**

### *F60.31 Borderline Persönlichkeitsstörung*

Die Klientin zeigt emotionale Instabilität und ein instabiles Selbstbild. Sie berichtet von Phasen geprägt von einem Gefühl der Leere. Sie neigt zu instabilen Freundschaften und emotionalen Krisen, habe Angst verlassen zu werden und drohe mit Suizid sowie neige regelmäßig selbstschädigendes Verhalten (Dilling, Mombour & Schmidt, 2015; S. 280). Laut DSM-5 (zitiert nach Bohus, 2019; S. 5) erfülle sie zudem die Kriterien des Verzweifelten Bemühens nicht verlassen zu werden, schwanke in ihren Freundschaften zwischen Idealisierung und Entwertung, zeige Impulsivität (rücksichtsloses Fahren, Substanzkonsum), mache Suizidandrohungen, und neigt zu einer affektiven Instabilität, unangemessener, heftiger Wut und Schwierigkeiten mit dieser umzugehen.

### **Komorbidität:**

#### *F32.2 gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome*

Die Klientin zeigt Verzweiflung, Agitiertheit, Verlust des Selbstwertgefühls, Gefühl von Nutzlosigkeit oder Schuld, sowie Suizidgedanken, kann sich aber glaubhaft davon distanzieren. Die drei Hauptsymptome wie gedrückte Stimmung, Interessensverlust sowie Freudlosigkeit, und Verminderung des Antriebs sind vorhanden, sowie die Zusatzsymptome eines verminderten Selbstwertgefühles, Gefühle der Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken, und verminderter Appetit sowie ein ausgeprägtes Morgentief (Dilling, Mombour & Schmidt, 2015; S. 169 – 174).

### **Differentialdiagnostische Abklärung**

Laut Bohus (2019; S. 14) erfüllen viele Borderline-Patientinnen gleichzeitig die Kriterien anderer Persönlichkeitsstörungen wie beispielweise der dependenten Persönlichkeitsstörung, ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörungen, passiv aggressive Persönlichkeitsstörung, paranoide Persönlichkeitsstörung, antisoziale Persönlichkeitsstörung sowie der histrionischen Persönlichkeitsstörung. Eine Abklärung diesbezüglich fand anhand des Skid II statt und fand gewisse Persönlichkeitsakzentuierung die im Anhang berichtet werden. Eine Diagnose wurde aufgrund keines aktuellen Leidensdrucks diesbezüglich nicht gestellt.

ADHS: Die mögliche Impulsivität könnte auch auf ADHS hinweisen. Für eine Diagnose diesbezüglich fehlen die im ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2015; S. 358 – 362) berichteten weiteren Kriterien wie geringe Aufmerksamkeitsspanne, sowie Überaktivität. Die aktuell geringe Ausdauer und teilweise vorhandene geringe Konzentrationsspanne sei erst seit einigen Wochen vorhanden und nicht überdauernd und lässt sich auf die komorbide depressive Episode zurückführen.

Sozialphobie: Bohus (2019; S. 4 - 5) berichtet bei Borderline-Patientinnen auch von einer intensiven Angst vor sozialer Zurückweisung, die Auswirkungen auf Verhalten und Symptomatik hat. Die Gemeinsamkeit dieser Furcht mit der sozialen Phobie (F40.1) findet sich in den Kriterien laut ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2015; S. 193 - 194) wieder. Kriterien wie das Vorhandensein vegetativer Symptome sind nicht erfüllt (kein Händezittern, kein erhöhter Herzschlag noch Erröten, Übelkeit oder Wasserlassen, ...).

### **5.3 Genese der Symptomatik/ Makromodell**

#### **5.3.1 Analyse der die Symptome auslösenden Bedingungen**

##### ***Biologisch-physiologische Faktoren, genetische Disposition, Vulnerabilität***

Vater: wenig präsent, sporadisch Kontakt.

Mutter: Alkoholikerin, wenig einfühlsam, gewalttätig, ambivalente, teilweise nicht nachvollziehbare Grenzsetzungen (einerseits keine Grenzen: durfte ewig lange am Abend aus sein. Andererseits starre Regeln: Mittagessen nur zu bestimmten Zeiten, sonst bekommt man nix), Vernachlässigung.

Familie als Modell für Akzeptanz und Umgang mit Emotionen wie Wut.

##### ***Kindheit, weitere lebensgeschichtliche Entwicklung und Persönlichkeit***

Das Verhalten der Mutter, Großmutter und teilweise der Partner der Mutter, war kalt, vernachlässigend und ablehnend. Dies führte zu einer emotionalen Vernachlässigung, sich im Stich-gelassen-fühlen, und einem starken Gefühl des Misstrauens gegenüber anderen sowie einem Gefühl der Unzulänglichkeit.

Die Klientin fürchtete sich vor Versagen und vermied potenzielle Situationen, wo Versagen möglich ist.

### ***Problematische Verhaltensweisen***

Die Klientin nahm ihre Grenzen und Bedürfnisse wenig wahr, sieht es als Schwäche an, diese zu formulieren. Sie achtete nicht auf ihre Grenzen, bis sie zu Überforderung führten und zog sich dann zurück. Ruminert lange Zeit über jede Art von sozialen Situationen nach. Bewertet soziale Interaktionen negativ, und Personen gegen sie. Fragt regelmäßig ihren Partner oder Freunde, wie sie Interaktionen interpretieren würden oder ob sie etwas falsch gemacht hat.

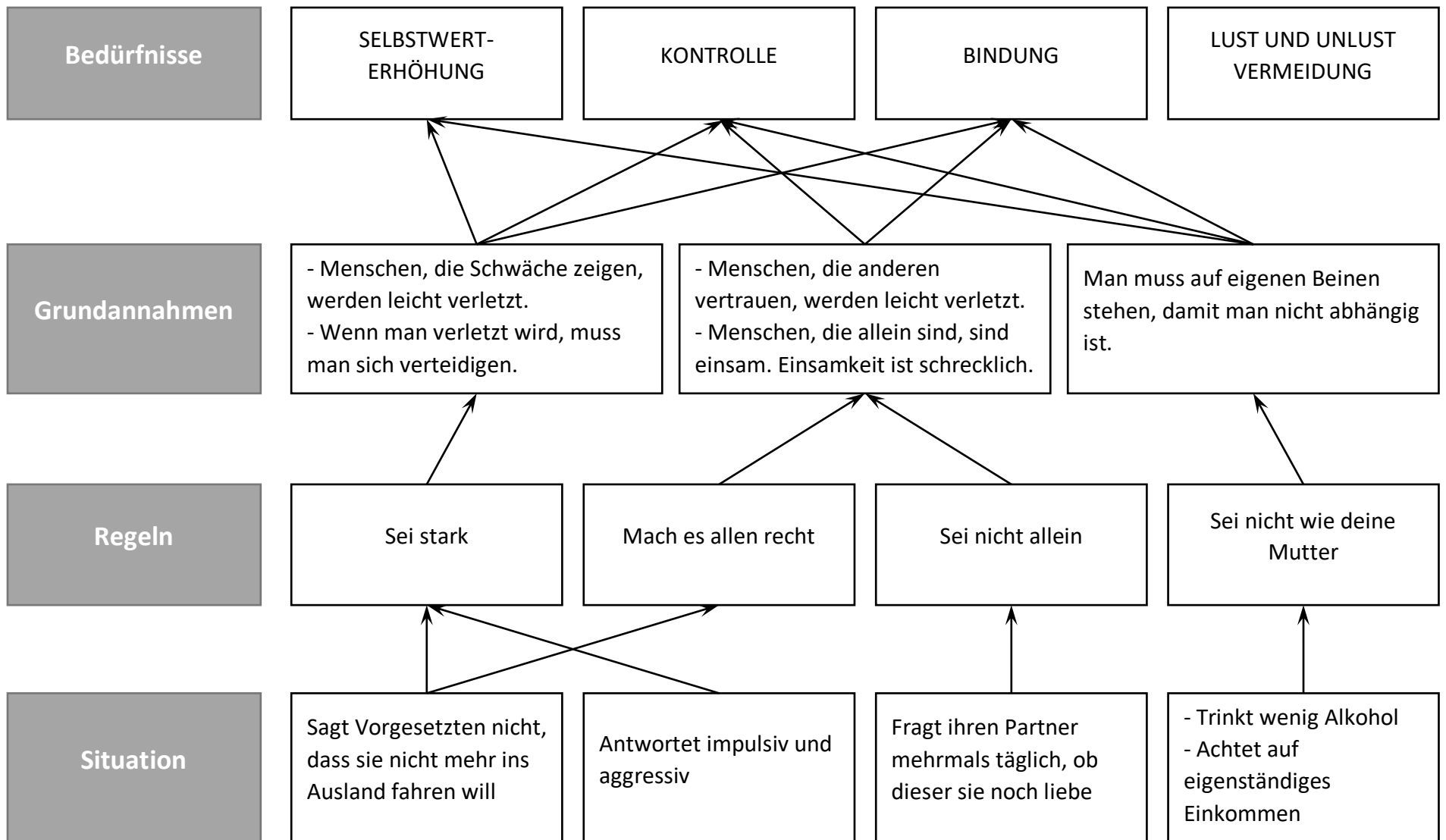
### ***Funktionalität der Symptome***

Die Klientin zog sich zurück um der Angst vor sozialen sowie beruflichen Versagen aus dem Weg zu gehen. Sie sorgt nicht gut für sich und kommuniziert ihre Bedürfnisse nicht, und zieht sich sozial weiter zurück, was auf einen Bewältigungsversuch eines emotionalen Vernachlässigung Schema hindeuten kann. Diese Vernachlässigung sorgte für ein negatives Selbstbild, das von Wertlosigkeit geprägt ist. Der Rückzug könnte somit als eine Vermeidung des Gefühls von Wertlosigkeit verstanden werden.

Innere Regeln wie etwa „Zeig keine Schwäche.“, „Lächle, wenn dir jemand wehtut.“ trugen dazu bei, dass ihre Bedürfnisse weiter übergangen wurden. Die Regeln schienen lebensgeschichtlich früher möglicherweise sinnvoll um Sicherheit und Kontrolle sowie Selbstwert zu erlangen.

## **5.4 Plananalyse/ vertikale Analyse**

Die Plananalyse ist in der untenstehenden Graphik dargestellt. Es wird ersichtlich, dass die Klientin vor allem nach Bindung, Selbstwerterhöhung sowie Kontrolle und Sicherheit strebt. Aufgrund ihrer Familiengeschichte, geprägt von Misstrauen, Verlassen werden und Verwahrlosung, entstanden viele Verhaltensweisen (z.B. teile Arbeitgeber nicht mit, wo ihre Grenzen sind, frage Partner mehrmals täglich, ob sie dieser noch liebe, usw.) um diese Erfahrungen zu vermeiden und um Bindung zu erzielen. Regeln, um dieses Grundbedürfnis nach Bindung und Selbstwert zu erfüllen sind beispielweise: Sei stark, Sei nicht allein, Mach es allen Recht. Um diese zu erreichen, hält sich die Klientin an die Grundannahmen, keine Schwäche zeigen zu dürfen, da Menschen einen dann mehr verletzen würden, Lächle sie an, wenn sie dir weh tun, Wehre dich, denke über das Gesagte nach, ob du etwas falsch gemacht haben könntest (siehe Darstellung unten). Weitere Grundannahmen und Regeln sind in der Darstellung unten sowie im Anhang ersichtlich. Diese Annahmen führen zu Verhaltensweisen, wie, ihre Grenzen nicht anzusprechen, öfters nachfragt, ob ihr Partner sie noch liebe, sowie oft mit Aggressivität und Impulsivität reagiere.



## 5.5 Horizontale Verhaltensanalyse/ Mikroanalyse /SORKC Modell

Zur Darstellung der Horizontalen Verhaltensanalyse nach Kanfer (zitiert nach Margraf & Schneider, 2018; S. 288 - 290) wird eine stark belastende Situation der Klientin geschildert.

**S: Situation 1:** Klientin schreibt einer Freundin eine Textnachricht und erhält nicht sofort eine Antwort.

**O: Kognitionen/Lerngeschichtliche Grundlagen/ Schemata:** Wenn man jemanden mag, antwortet man sofort. Schemata der Vernachlässigung, irrationale Überzeugung „niemand mag mich“.

**R: Verhalten:**

Vk: „Langsam reißt mir der Faden. Wieso kann sie sich nur melden, wenn sie etwas braucht. Am liebsten würde ich ihr das jetzt schreiben. Wenn ich ihr das jetzt schreibe, bin ich wieder die Böse. Warum mag sie mich nicht. Warum mag mich niemand. “

Ve: Klientin fühlt sich wütend und traurig.

Vm: geht in der Wohnung unruhig umher, schlägt sich ins Gesicht, reagiert mit Beschimpfungen.

Vph: Das Anspannungsniveau der Klientin steigt. Ihr Herz schlägt schneller und sie beginnt zu schwitzen.

**K: Konsequenzen:**

C- k, i: Anspannung steigt.

C- k, i: Angst und Wut steigt.

C-l,i: Ängste von niemandem gemocht/geliebt zu werden

C+/ l,i: Glaube gemocht und geliebt zu werden, wird kleiner

C+/ l,i: positives Selbstbild verringert.

C+/ k, e: positive Aktivitäten am Nachmittag unmöglich, da Anspannung zu hoch.

C-/k, i: Anspannung fällt durch selbstverletzendes Verhalten weg.

C+: Klientin erfährt Zuwendung und Aufmerksamkeit von ihrem Partner, der ihr gut zureden will.

**C: Kontingenz**

Häufig

## 5.6 Makroanalyse

### Entstehungsbedingungen

Die Biosoziale Theorie nach Linehan (zitiert nach Schäfer, Sachsse & Rüter, 2011; S. 57), sieht die Borderline-Erkrankung einerseits in der biologisch bedingten emotionalen Vulnerabilität, und andererseits in mangelnder Lernerfahrung (invalide Umgebung), wie mit hohem Anspannungsniveau umgegangen werden kann, begründet. Es kam zu einer unerwiderten Beziehungserwartung und einer traumatisch erlebten Invalidierung (Bohus, 2019; S. 15).

### *Erziehung, wichtige Bezugspersonen*

Die Klientin beschreibt in ihrer Kindheit, durch ihre Mutter öfters geschlagen und emotional vernachlässigt worden zu sein. Regeln waren einerseits strikt und nicht nachvollziehbar für sie und andererseits gab es in anderen Bereichen keine Grenzsetzungen. Sie habe immer wieder Überforderung in ihrer Kindheit erlebt, und sich allein gelassen gefühlt. Dies resultierte in einem negativen Selbstbild (Bohus, 2019; S. 10).

### *Lernen am Modell*

In ihrer Kindheit erlebte die Klientin Gewalt als eine häufig angewandte Problemlösestrategie. Auch verbale Gewalt und Beschimpfungen waren als angemessenes zwischenmenschliches Verhalten an der Tagesordnung.

Sie erlebte wenig Hilfestellungen im Erleben von Emotionen wie Traurigkeit, oder Frustration und wurde damit allein gelassen.

### *Grundbedürfnisfrustration und deren Bewältigung:*

Das Bedürfnis nach Bindung wurde und ist nicht erfüllt. Die Bewältigungsreaktion ist das Vermeiden: die Klientin ziehe sich immer mehr zurück, um nicht verlassen werden zu können.

### *Grundannahmen:*

Die Klientin besaß mehrere irrationale Überzeugungen, die sich auch in der kognitiven Triade (beschrieben durch Beck, 1993) in einer negativen Sicht auf sich selbst, der Umwelt und der Zukunft wiederfinden. So war die Klientin beispielweise überzeugt, sie sei dumm, komisch, und nicht liebenswert. Die Welt sei voller rücksichtsloser, egoistischer Menschen, vor denen man sich in Acht nehmen solle. Bezüglich ihrer Zukunft war sie ebenso pessimistisch, und sah diese von Alleinsein geprägt und habe die Befürchtung, dass ihre Stimmung und Energie nie mehr wieder besser werden würde.

### *Verhaltensdefizite:*

Es stellte eine große Herausforderung für die Klientin dar, ihre Bedürfnisse wahrzunehmen, und diese zu kommunizieren. Des Weiteren fehlte es an sozialen Fähigkeiten, ein Gespräch am Laufen zu halten, dem Gegenüber Fragen zu stellen und zu beantworten, Unangenehmes anzusprechen usw. Die Klientin antwortete oft impulsiv und verbal gewaltvoll.

### **Erstaufttrittsbedingungen**

Ihren Ersten Zusammenbruch beschrieb die Klientin mit 23 Jahren. Sie habe regelmäßige Panikattacken erlitten, wenig Appetit gehabt und habe keine Kraft mehr gehabt. Sie sei durch eine medikamentöse Einstellung und durch ein Gespräch ihres Psychiaters wieder stabil geworden. Dieser habe ihr Techniken im Umgang mit Panikattacken gezeigt, die sie noch heute anwendet, und damit seit fünf Jahren keine Panikattacken mehr erlitt. Bezüglich



ihrer Persönlichkeitsstruktur zeigte sich, dass Impulsivität und Aggressivität sowie selbstverletzendes Verhalten schon bereits in Jugendjahren bestand.

### **Aufrechterhaltende Bedingungen/ Konsequenzen.**

Durch den harschen Kommunikationsstil der Klientin, wurden gewisse Überzeugungen (alle wenden sich an mir ab,...) aus ihrer Sicht bestätigt. Auch fehlende Coping-Mechanismen, fehlende soziale Fähigkeiten hielten die negativen Interaktionsmuster aufrecht, sowie das selbstverletzende Verhalten. Durch den Spannungsabbau, durch das selbstverletzende Verhalten entstand eine negative Verstärkung, was zur Aufrechterhaltung der Symptomatik führte.

## **5.7 Health-Belief Modell**

Die Klientin sah als Auslöser für ihre aktuelle depressive Symptomatik die vielen Auslandsaufenthalte während der Coronakrise, die dicht nacheinander folgten. Sie sei oft allein gewesen, sei auf Baustellen schlecht behandelt worden und habe mit dem Druck nicht umgehen können.

## **5.8 Selbstkontrollversuche**

Nach der fachärztlichen Behandlung habe sie weiterhin ihre Medikamente eingenommen und die dort erlernte Atemtechnik weiterhin durchgeführt. Aus Angst vor Ablehnung habe die Klientin immer wieder Kontakt zu Freunden abgebrochen. Bei Unsicherheit, wie sie auf Nachrichten ihrer Freunde reagieren sollte, fragte sie oft ihren Partner, was die Ehe stark belastete. Ihre negativen Gedanken und ihr Spannungsniveau kontrollierte sie teilweise durch Ablenken, indem sie Onlinespiele (World of Warcraft) nutzte.

## **5.9 Ressourcenanalyse**

Die Klientin besitzt viele Ressourcen, die eine positive Prognose begünstigen.

*Stabiles soziales Umfeld:* Die Klientin besitzt ein Auffangnetz, ist zufrieden mit Ihrer Partnerschaft und Ehe, hat eine gute Beziehung zu den Schwiegereltern, und besitzt Freunde, mit denen sie trotz sozialen Rückzuges und ihrer Konflikte noch Kontakt pflegt.

*Stabile finanzielle Situation:* Die Klientin besitzt ein geregeltes hohes Einkommen und besitzt zudem noch ein Grundstück als einerseits Anlage, andererseits als möglichen zukünftigen Wohnort.

*Hohe Motivation:* Die Klientin war trotz des Misstrauens in der ersten Sitzung hoch motiviert, sie setzte Techniken sofort um und berichtete ehrlich und offen über ihre Erfahrungen

*Fähigkeit zur Selbstreflexion:* Das Nachbesprechen von sozialen Interaktionen, in denen sie zu impulsiv agierte, war gut möglich. Die Klientin konnte im Nachhinein oft feststellen, Situationen anders zu deuten und andere Antwortmöglichkeiten zu generieren.

*Intelligenz:* Die Klientin besaß eine große Neugierde an Büchern philosophischer und psychologischer Natur.

*Fantasie:* Durch ihre große Fantasie waren Imaginationsübungen gut möglich, konnten „verletzte Anteile“ gut versorgt werden und konnten abstrakte Dinge wie etwa ein „Schutzschild“ gut besprochen und adaptiert werden.

*Humor:* Die Klientin zeigte sich durchaus humorvoll bei der Umsetzung von Aufgaben.

*Gewissenhaftigkeit:* Die Klientin war hinsichtlich der Therapie gewissenhaft und pflichtbewusst. Sie kam immer pünktlich, sagte nie einen Termin ab, und setzte Aufgaben immer um.

*Lebenserfahrung:* Ganz besonders profitierte die Klientin von ihren Erfahrungen im Zurechtkommen verschiedener Kulturen. Beispielweise war sie sehr stolz für mehrere Monate in Südkorea alleine zu Recht gekommen zu sein. Diese Erfahrungen erwiesen sich auch als Vorteil für den Aufbau positiver Aktivitäten: sie habe hier einen Taco Tuesday eingeführt.

## 5.10 Hypothetisches Bedingungsmodell

Linehan (1989b, zitiert nach Fiedler, 2017; S. 180 - 181) mit der sogenannten „Dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) stellt die Impulsivität der Persönlichkeitsstörung in ihrem Erklärungsmodell in den Mittelpunkt. Dies stellt einen Bewältigungsmechanismus dar, um mit Emotionen besser umgehen zu können, d.h. es stellt eine unangemessene Affektregulation dar. Auf emotionale Stimuli wird mit einer sehr hohen Sensibilität reagiert, worin schon intensive Reaktionen bei sehr schwachen Stimuli ausgelöst werden, und es einen längeren Zeitraum dauert, wieder zum Ausgangsniveau zurückzukehren. Auch Bohus (2019; S. 6 - 7) berichtet, dass Borderline-Patientinnen Emotionen intensiver und länger anhaltend erleben. Es handelt sich hierbei um ein affektives Vulnerabilitätskonzept. Durch Impulsivität wird versucht, mit den wahrgenommenen Kränkungen und Emotionen umzugehen und entgegenzuwirken. Durch die negative Verstärkung wird diese aufrechterhalten (Bohus, 2019; S. 8 – 9). Neben diesen neuro-behavioralen Modell (Bohus, 2019; S. 3), erleben Borderline-PatientInnen eine invalidierende Umgebung, welche zur Ausprägung dieser Persönlichkeitsstruktur führt. Invalidierende Umgebungen bestehen beispielweise aus Personen, welche emotional negative Erfahrungen missachten, Schwierigkeiten herunterspielen, und emotional nicht adäquat auf das Kind reagieren. Dies führe zu einer emotionalen Fehlregulation: das Kind lernt nicht seine Erregung einzuordnen, es richtig zu benennen, noch damit umzugehen (Fiedler, 2017; S. 181). Zudem ist die Kindheit häufig gepaart mit dem Erleben von Zurückweisung, welches in eine Erwartungshaltung resultiert, von anderen zurückgewiesen zu werden, oder abgewertet zu werden (Bohus, 2019; S. 11).

Die Klientin tat sich, wie es in diesem Erklärungsmodell dargestellt, schwer, Emotionen wahrzunehmen und mit diesen umzugehen. Biografisch berichtet die Klientin, von unnachvollziehbaren Regeln innerhalb der Familie, Gewalterfahrungen, Vernachlässigung und Abwertung, was als invalidierende Umgebung betrachtet werden kann. Die Klientin hat demnach nicht gelernt, mit Emotionen sowie Anspannungszuständen umzugehen. Auch finden sich Berichte über Erlebnisse, in denen die Klientin zurückgewiesen wurde, und eine Störung der Identität „Ich bin anders als alle anderen“ oder „ich bin komisch“ zur Folge hatten.

## **6 Zielanalyse und Therapieplanung**

### **6.1 Zielanalyse**

#### Ziele des Patienten

- Mehr Selbstbewusstsein
- Wieder Freude empfinden können
- Mit Interaktionen zwischen Freunden besser umgehen
- Sich selbst nicht mehr schlagen
- Wieder arbeiten können bzw. Entscheidungen ob anderen Beruf

#### Ziele des Therapeuten

- Beziehungsaufbau für einen vertrauensvollen und offenen Umgang
- Psychoedukation und Entstehungsmodell vermitteln, um ein besseres Krankheitsverständnis zu erzielen
- Aufbau positiver Aktivitäten
- Erkennen von dysfunktionalen Gedanken und Veränderung dieser
- Verbessertes Umgang mit Anspannungszuständen und Gefühlen
- Aufbau sozialer Fähigkeiten
  - Rollenspiele
  - Gewaltfreie Kommunikation
  - Diskriminationstraining
- Selbstwert erhöhen
- Wiedereingliederung in die Arbeitswelt

### **6.2 Gemeinsame Zielbestimmung**

Die Zielvorstellungen waren zwischen Klientin und Therapeutin sehr ähnlich. Die Klientin stimmte den Zielen zu und war bereit, alles zu versuchen, damit es ihr besser gehe. Sie meinte, sie habe noch nie eine Therapie versucht, und sei deshalb motiviert, zu sehen, ob ihr diese helfen könne.

### **6.3 Erwartete Folgen der Zielerreichung**

Durch den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung sowie der Psychoedukation, solle das Vertrauen der Klientin gestärkt werden, das Misstrauen gegenüber der anfänglichen fremden Person (der Therapeutin) abnehmen, sowie die Motivation und Compliance erhöht werden. Durch den Aufbau positiver Aktivitäten solle sich die Symptomatik der Depression verbessern. Durch das Erkennen und Verändern der dysfunktionalen Gedanken und Grundüberzeugungen solle schädigendes Verhalten abnehmen, Bedürfnisse kommuniziert werden, und die Stimmung sich verbessern. Durch das Erlernen von verschiedenen Skills solle ein besserer Umgang mit hohen Anspannungsniveaus gewährleistet werden, um verbale Beschimpfungen zu reduzieren, und selbstverletzendes Verhalten zu mindern. Zeitgleich solle eine Verbesserung der sozialen Kompetenz die Klientin dazu ermutigen, neue zwischenmenschliche Strategien auszuprobieren, ihre Bedürfnisse besser kommunizieren zu können, was zu weniger Frustrationserlebnissen führen solle sowie zu weniger Streit und weiterer Folge zu weniger Schuldgefühlen.

### **6.4 Ableitung eines Therapieplanes aus Problemanalyse und Zielanalyse**

#### **6.4.1 Auswahl von Problembereichen**

Zentrum des therapeutischen Prozesses war es in erster Linie, wieder positive Erlebnisse zu schaffen, die laut Depressionsspirale nach Hautzinger (Linden, M. & Hautzinger, M., 2015) einen entscheidenden positiven Einfluss auf das Befinden nehmen kann, um den Leidensdruck der Klientin zu reduzieren. Um dies zu erreichen, sollten teilweise auch soziale Konflikte abgebaut werden, und Interaktionen im Rollenspiel durchgespielt werden. Parallel dazu fand ein Skillstraining statt, um den Umgang mit starken Spannungszuständen sowie unerträglich erscheinenden Emotionen zu verbessern und selbstverletzendes Verhalten zu reduzieren.

Yu & Clark (2015) zeigen, dass Achtsamkeit Schwierigkeiten in der Emotionsregulation langfristig reduzieren kann, indem sie Personen erkennen lässt, dass unangenehme Emotionen und Gedanken kurze Momente sind, die nicht sofort eine Reaktion und Bewertung ihrerseits benötigen und effektive Bewältigungsmechanismen begünstigen.

#### **6.4.2 Planung und Auswahl therapeutischer Interventionen mit Begründung**

*Beziehungsaufbau für einen vertrauensvollen und offenen Umgang:* Durch eine erfolgreiche Validierung, wird dem Klienten Wertschätzung und Verständnis entgegengebracht (Bohus, 2019; S. 67 – 68). Zu Beginn der Therapie wurde vor allem auf den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung wertgelegt, um einen vorzeitigen Abbruch der Psychotherapie entgegen zu wirken (Bohus, 2019; S. 25)

- Aktives Zuhören

- Empathie und verständnisvoller Umgang
- Paraphrasieren
- Validierend
- Radikal Echtsein

*Psychoedukation:* Wissensvermittlung sowie ein ausreichendes Krankheitsverständnis fördern die Therapiemitarbeit (Compliance), welche wiederum zu einem „Therapieerfolg“ sowie der Aufrechterhaltung dieses, beiträgt. (Schneider & Margraf, 2009; S. 196). Für die unter 5.2. ICD-10-Diagnose angeführten, relevanten Störungsbilder, ergeben sich folgende psychoedukativen Elemente.

- Information (Symptome, Behandlungsmöglichkeiten, Verlauf,) über Depression vermitteln (Faßbinder, Klein, Sipos & Schweiger, 2015; S. 61 - 62)
- Depressionsspirale vermitteln (Faßbinder, Klein, Sipos & Schweiger, 2015; S. 105)
- Information über Borderline Persönlichkeitsstörung vermitteln (Bohus, 2019; S.36)

*Aufbau positiver Aktivitäten:* Um der aktuellen schweren depressiven Symptomatik und dem miteinhergehenden Leidensdruck entgegenzuwirken, und nachhaltig mehr Verstärker in den Alltag zu integrieren, ist ein Aktivitätenaufbau initiiert. (Linden & Hautzinger, 2015; S. 55)

- Aufbau angenehmer Aktivitäten, Wochenplan, Tagesstrukturierung, Wahrnehmung des Zusammenhangs zwischen Befinden und angenehmen Aktivitäten

*Erkennen von automatischen dysfunktionalen Gedanken und verändern:* Die Klientin berichtete von automatischen, negativen Gedanken sowie Bewertungen, welche zu einer Verschlechterung der Stimmung und langfristig zu sozialen Auseinandersetzungen führte. Die Therapieforchung empfiehlt den Einsatz der kognitiven Umstrukturierung für Depression sowie auch für Persönlichkeitsstörungen. (Linden & Hautzinger, 2015; S. 167) Verwendete Interventionen wurden an den Techniken von Einsle & Hummel (2015) angelehnt.

- Einfluss von Gedanken auf die Stimmung erkennen (Einsle & Hummel, 2015; S. 17 – 19)
- Sokratischer Dialog (Einsle & Hummel, 2015; S. 29 – 36)
- Erarbeitung von hilfreichen Gedanken bzw. Stressimpfungstraining nach Meichenbaum (Einsle & Hummel, 2015; S. 117 – 124)

*Verbesserter Umgang mit Anspannungszuständen und Gefühlen:* Die deutschen S2-Leitlinien für Persönlichkeitsstörungen (Bohus et. al., 2009, S. 84) empfiehlt eine Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) bei Borderline KlientInnen. Ein wichtiger Bestandteil dieses Ansatzes ist das „Skillstraining“ (Bohus, 2019; S.20) um eine Verbesserung der Anspannungsregulation zu erreichen. Des Weiteren werden Achtsamkeitsübungen empfohlen (Bohus, 2019; S. 72) um sich selbst instruieren zu können bzw. Skills langfristig

erfolgreich anwenden zu können. Das Modul „Umgang mit Gefühlen“ kommt ebenfalls zum Einsatz, um eine bessere Affektregulation zu erreichen (Bohus, 2019; S. 76).

- *Skillstraining nach Bohus & Wolf-Arehult (2009; S. 68 - 70)*
  - Frühwarnzeichen erkennen mittels einer Anspannungspyramide von 0 % bis 100% einordnen
  - Stresstoleranz vermitteln: Verhaltensstrategien für Hochstressphasen (90%-100%), Stress (80%-90%) und hoher Anspannung (70%-80%) und Unruhe (50%-70%)
  - Notfallkarte mit Pyramide und Verhaltensstrategien erstellen und mitführen
- Achtsamkeit: Psychoedukation über Bedeutung von Achtsamkeit und Achtsamkeitsübungen (Bohus, 2019; S. 72; Bohus & Wolf-Arehult, 2009; S. 73-90)
- Umgang mit Gefühlen: Was bedeutet Wut und Angst, Trauer, oder Schuldgefühl? Was kann man dagegen tun? Emotionssurfing (Bohus & Wolf-Arehult; S. 143-180)
- DBT gestützte Aspekte (Bohus, 2019; S. 22)
  - Dysfunktionales Erleben und Verhalten verstehen (Was ist ihre Funktion? Was sind die Bedingungen?)
  - Aufbau von funktionalen Verhaltensweisen
  - Veränderung automatisierter maladaptiver Bewertungsprozesse

*Aufbau sozialer Fähigkeiten:* Bohus (2019; S. 77) empfiehlt ein Training sozialer Fertigkeiten im Rahmen einer Borderline-Persönlichkeitsstörungs-Behandlung, um eine verbesserte Alltagsbewältigung zu ermöglichen. Die Klientin berichtete zudem von großen zwischenmenschlichen Schwierigkeiten, mangelnder Fähigkeit angemessen darauf zu reagieren, und Verhalten anderer vor allem als aggressiv und feindselig zu bewerten. Um dies zu reduzieren und vermehrt positive soziale Interaktionen zu ermöglichen, wurde ein Diskriminationstraining durchgeführt. Zudem wurde eine gewaltfreie Kommunikation angewandt, um eigene Bedürfnisse besser kommunizieren zu können. Typischerweise wird gewaltfreie Kommunikation in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen weniger eingesetzt. Wacker & Dziobek (2018) berichten jedoch, dass gewaltfreie Kommunikation interpersonelle Fähigkeiten verbessert, und sozialen Stress reduzieren kann.

- Diskriminationstraining (Linden & Hautzinger, 2015; S. 159 - 162)
- Gewaltfreie Kommunikation (Rosenberg, 2012)
- Rollenspiele

*Selbstwert erhöhen:* Potreck-Rose (2019; S. 11) unterstreicht die Bedeutung von einer Stärkung des Selbstwertes in der Psychotherapie bei einer Vielzahl an Störungsbildern (u.a. auch der Depression). Auch Bohus (2019; S.78) empfiehlt eine Einbindung selbstwertfördernder Interventionen in der Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Aus diesem und aufgrund des ausdrücklichen Wunsches der Klientin, wurde dieses, als Ziel in der therapeutischen Arbeit mitaufgenommen.

- Positive Selbstverbalisationen (Potreck-Rose, 2019; S.135)

- Liebevoller Begleiter (Potreck-Rose, 2019; S. 122- S. 128)

#### *Wiedereingliederung in die Arbeitswelt*

- Organisation eines Wiedereingliederungsprogrammes
- Vorbereiten auf Mitarbeitergespräch mit Vorgesetzten
- Vorbereiten auf Fragen der Mitarbeiter
- Abteilungswechsel abklären

### **6.5 Aufbauplan und Priorisierung des Vorgehens**

Die Therapie begann mit der Behandlung der schweren, im Vordergrund stehenden Depression und der Psychoedukation dieses Krankheitsbildes. Diese Priorisierung wurde aufgrund des großen Leidensdrucks zu Beginn der Therapie, getroffen. Zeitgleich war es notwendig selbstschädigendes Verhalten zu reduzieren, wodurch nach einigen Sitzungen ein Skillstraining durchgeführt wurde. Durch die Reflexion aktueller, sozialer Interaktionen sollen dysfunktionale Gedanken näher betrachtet und modifiziert werden. Durch das Einüben sozialer Fertigkeiten und das Ausprobieren im Rollenspiel sollten negative Interaktionsstile reduziert werden. Begleitend war eine Stärkung des Selbstwertes der Klientin geplant.

### **6.6 Geplante Maßnahmen zur Generalisierung des Therapieerfolges**

Die Klientin fotografierte erarbeitete Materialien (Flip-Chart) ab, oder bekam diese mitnachhause. Hilfreiche Sätze, Phrasen eines Rollenspieles oder Ideen für zuhause wurden mit ansprechendem Papier notiert und mitgenommen. Bestandteile des Skillstrainings wurden teilweise während der Sitzung ausprobiert, und wenn möglich, konnten diese auch nachhause mitgenommen werden. Die Klientin zeigte sich gewissenhaft im Ausprobieren von Techniken sowie dem Durchführen von Hausaufgaben. Techniken wurden nahe an den Lebensalltag der Klientin angepasst. Beispielweise wurde im Aufbau sozialer Kompetenz mit einem „Schutzschild“ gearbeitet, dass sie sehr an das Schutzschild eines Videospiele-Charakters erinnerte und somit gut als Hilfsmittel für positive Selbstverbalisationen herangezogen werden konnte.

### **6.7 Evaluation der Therapie**

Um den Erfolg der Therapie zu evaluieren, wurde zu Beginn und am Ende der Therapie ein BDI sowie das DIB herangezogen.

## **7 Verlauf der Therapie**

### **7.1 Formale Beschreibung des Therapieverlaufs**

Die Therapie umfasste bisher 30 Therapieeinheiten, davon 30 Einheiten im Einzelsetting.

## **7.2 Zielbezogene inhaltliche Beschreibung des Therapieverlaufs inklusive verwendeter therapeutischer Interventionen**

**Beziehungsaufbau für einen vertrauensvollen und offenen Umgang:** Trotz der anfänglichen Bedenken der Klientin, Vertrauen fassen zu können, teilte sie sich offen mit. Sie gab an, noch nie die Gelegenheit gehabt zu haben, dass sich jemand eine Stunde Zeit nahm, um ihr zuzuhören. Durch eine validierende Gesprächsführung, dem nicht-wertenden Umgang und empathischen Verständnis konnte eine gute vertrauensvolle Basis hergestellt werden. Die Klientin sprach unangenehme, soziale Situationen, in denen sie ihre Aggressionen nicht unter Kontrolle hatte, ehrlich an und es war möglich diese im Hinblick ihrer Biografie zu reflektieren. Dies stärkte die therapeutische Beziehung, wodurch auch eine kritische Auseinandersetzung impulsiven Verhaltens möglich war.

**Psychoedukation:** Der psychoedukative Bestandteil der Therapie nahm einen wichtigen und großen Stellenwert ein, da es mehrere Komorbiditäten gab. Diese umfasste einerseits die Darstellung der Depressionsspirale, des Einflusses der Aktivitäten auf das Befinden, sowie die Erklärung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Die erste Komponente (Depressionsspirale) wurde visuell auf einer Flip-Chart dargestellt und erarbeitet. Die Erklärung des Störungsbildes der Borderline-Persönlichkeitsstörung wurde anfangs von der Klientin selbst in den Raum geworfen. Sie sei unsicher, ob ihre Diagnosen stimmen würden. Durch das regelmäßige Besprechen von schwierigen sozialen Interaktionen wurde von der Klientin berichtet, dass ihre (damals) beste Freundin (on- and- off Freundschaft) an einer Borderline-Störung litt und dies oft gegen sie verwendete. Dies öffnete ein Fenster das Störungsbild neutral zu beschreiben und psychoedukativ zu erklären. Vor allem das selbstverletzende Verhalten, die Angst vor dem Alleine sein, waren Komponenten, welche die Klientin sehr beschäftigen und sie fragen ließ, ob sie selbst denn eine Borderline-Störung besäße. Dies führte zu einer diagnostischen Abklärung dahingehend, die eine Ausprägung in diesem Persönlichkeitsbereich aufzeigte.

**Aufbau positiver Aktivitäten:** Der Aufbau positiver Aktivitäten erwies sich als herausfordernd. Durch die dysfunktionalen Gedanken („Ich mache alles falsch.“, „Ich bin komisch.“) waren vorerst sehr viele Hemmungen gegenüber vielen Aktivitäten vorhanden. Dies führte dazu, dass vorerst ein Arbeiten mit den dysfunktionalen Annahmen geschah und erst danach Aktivitäten geplant wurden, welche dadurch stattfinden konnten. Dies war beispielweise in der Sonne liegen, malen, etwas zu essen machen, einkaufen gehen und duschen. Die Klientin erkannte, dass es einen Einfluss auf ihr Befinden nahm, wenn sie dies in Regelmäßigkeit durchführte und ihren Tagesablauf somit strukturierte.



**Erkennen von automatischen dysfunktionalen Gedanken und verändern:** Durch die Vermittlung des ABC Modells nach Ellis (1962; S. 53 -54) konnte für die Klienten ein Zusammenhang zwischen ihren Bewertungen und Gedanken in einer Situation und ihren Gefühlen nachvollziehbar hergestellt werden.

Durch die Auswahl von bestimmten Problemsituationen und der Durchführung von entsprechenden Situationsanalysen, kristallisierten sich immer wiederkehrende automatische dysfunktionale Gedanken heraus. Diese waren vor allem „Ich bin komisch.“ und „Ich bin an Allem schuld.“ sowie „Ich bin ein totaler Versager.“.

Durch eine sokratischer Dialogführung und unterschiedlichen Disputationstechniken (siehe auch Einsle & Hummel, 2015; S. 29 – 36) wie etwa dem Überprüfen der Evidenz einer Grundannahme, dem Überprüfen der Vor- und Nachteile der Grundannahmen, und dem Perspektivenwechsel, konnte der Überzeugungsgrad dieser gesenkt werden. Das Finden alternativer Grundannahmen benötigte einige Hilfestellungen, konnte aber nach einiger Zeit dennoch erarbeitet werden. Alternative, funktionale Grundannahmen waren „Ich bin ok so wie ich bin.“ und „Ich bin ein Lebenskünstler.“

Techniken zur Einübung neuer Grundannahmen waren einerseits Bewältigungskarten (funktionaler Gedanke wird auf Karte aufgeschrieben) und Kognitives Probehandeln. Hier wurden Situation imaginiert, in welcher dysfunktionale Gedanken auftreten und der funktionale Gedanke bewusst eingesetzt und öfters wiederholt wird. Die Klientin sollte ihre Befindlichkeit und ihren Handlungsdrang in der jeweiligen Situation beobachten.

**Verbesserter Umgang mit Anspannungsumständen und Gefühlen:** Um die Spannungsdimensionen der Klientin zu veranschaulichen wurde die durch Bohus & Wolf Arehult (2009; S. 65) graphische Darstellung auf einer XY-Achse durch eine Pyramide modifiziert. Die Aufteilung der einzelnen Anspannungsebenen und deren körperliche sowie kognitive Erkennungsmerkmale wurden individuell mit der Klientin erarbeitet und teilte sich wie folgt: Hochstressphasen (90%-100%), Stress (80%-90%) und hohe Anspannung (70%-80%) und Unruhe (50%-70%).

Danach wurden Verhaltensstrategien erarbeitet, die für verschiedene Phasen der Anspannung hilfreich für die Klientin sein könnten. Dies bedurfte einer öfteren Evaluation und eines Experimentierens auf Klientenseite, um die richtigen Strategien für den jeweiligen Anspannungszustand zu finden. Die Klientin war für diesen Bestandteil der Therapie hochmotiviert, verschiedene Zugangskanäle (Schmecken, Hören, Riechen, ...) auszuprobieren. Beispielweise pflanzte sie mehrere scharfe Chilisorten, trocknete diese selbst und führte diese in einer Dose mit sich. Auch Ammoniakstäbchen schienen bei Hochstressphasen sehr effektiv, selbstverletzendes Verhalten zu unterbinden.

Handlungsbezogene Strategien (Zeitungzerreißen und Schattenboxen) schienen eher bei Stress und hoher Anspannung effektiv. Zustände geprägt von Unruhe konnten vor allem durch soziale Kontakte, Reden, und Techniken aus dem Modul „Umgang mit Gefühlen“ von Bohus & Wolf-Arehult (2009; S. 154 - 180) bewältigt werden.

Der Vorteil von Achtsamkeitstechniken und deren Auswirkungen auf das Befinden der Klientin regelmäßig geübt. Die Klientin hatte anfangs Schwierigkeiten, eine nicht-bewertende Haltung einzunehmen. Dies gelang ihr nach mehreren Übungssituationen aber besser, jedoch noch nicht vollkommen.

Für das Modul „Umgang mit Gefühlen“ wurden zunächst ausgewählte, oft erlebte Emotionen gewählt. Diese waren Wut, Angst, Trauer und Schuldgefühle. Emotionen, deren Bedeutung und deren Auswirkungen wurden psychoedukativ erklärt und im Anschluss wurden verschiedene Bewältigungsmöglichkeiten aufgezeigt. Diese waren für Wut beispielweise: durchatmen, atmen Sie in den Bauch, offene Körperhaltung, Gedanken hinsichtlich strategischer Maßnahmen lenken anstatt impulsiver Handlungen.

Ganz besonders hilfreich erwies sich das im Modul vorgestellte „Emotionsurfing“ (Bohus & Wolf-Arehult (2009; S. 268 – 269) die eine radikale Akzeptanz (emotionales Reagieren, ohne zu handeln) mit sich brachte, sowie die Erfahrung, dass Emotionen kommen und ohne unser Zutun wieder schwächer werden. Vor allem der Satz „ich bin nicht die Emotion, ich habe eine Emotion“ fand ganz besonders die Begeisterung der Klientin. Diesen befestigte sie sogar in ihrem Wohnzimmer, um sich oft daran zu erinnern. Um Funktion und Bedingung dysfunktionalen Erlebens und Verhaltens zu verstehen, war eine lebensgeschichtliche Auseinandersetzung nötig. Die Klientin konnte die Zusammenhänge zwischen der erlebten invalidierenden Umgebung auf die erlebte emotionale Überforderung nachvollziehen. Die Funktion ihres dysfunktionalen Erlebens (beispielweise vieles als eine Kränkung oder Bedrohung zu bewerten) war es „auf der Hut“ sein zu müssen, was in ihrer Kindheit notwendig war, um Schläge oder abwertende Aussagen von Nahestehenden zu vermeiden. Diese „Triggersituationen“ waren zwischenmenschliche Auseinandersetzungen sowie Meinungsverschiedenheiten, oder feindselig- wahrgenommene Blicke. Um funktionale Verhaltensweisen aufzubauen, dienten die nachstehenden Interventionskomponenten des „Aufbaues sozialer Fähigkeiten“ sowie die „Erhöhung des Selbstwertes“, aber auch Aspekte des obenstehenden Teilkapitels „Erkennen von automatischen dysfunktionalen Gedanken und verändern“.

**Aufbau sozialer Fähigkeiten:** Um soziale Fähigkeiten aufzubauen, war es zunächst erforderlich, soziale Situationen nicht alle als bedrohlich oder aggressiv zu deuten. Dies fand mit Hilfe eines Diskriminationstrainings anhand aktueller Interaktionen statt. Dies benötigte mehrere Stunden, und erwies sich als eine große Herausforderung, da die Klientin einen großen Nutzen darin sah, immer auf mögliche Gefahren vorbereitet zu sein, und deshalb Situationen eher als aggressiv einstuft. Die Klientin beschrieb eine Art Schutzschild zu benötigen, da sie anderen Personen schwer vertraute und überzeugt davon war, dass diese sie nicht mochten. Diesen Schutzschild stellte sie sich wie den Schutzschild eines Charakters in einem Videospiele vor. Eine genauere Auseinandersetzung mit diesem Thema eröffnete eine Einsicht der Klientin: Dieser Charakter benötigte viel Zeit und Lebenspunkte, um das Schutzschild aufrechtzuerhalten und konnte während dieser aktiv war, keine oder nur sehr schwer Aufgaben für das Spiel erfüllen. Sie musste im Spiel also genau abschätzen, wann

dieser erforderlich war und wann sie ihn ablegte. Dies lud die Klientin dazu ein, zu überlegen, wie sie dieses Abschätzen im Spiel auf die Realität übertragen konnte. Eine Transformation der Regel „Wehre dich“, „Vertraue niemandem“, hin zu „Beobachte, atme durch, warte erstmal ab!“ „denke langfristig, Was möchte ich in dieser Situation erreichen?“ war möglich. In schwierigen Situationen, wie etwa einem Gespräch mit ihrem Abteilungsleiter, nahm sich die Klientin zum Ziel, nicht sofort aggressiv zu reagieren, sondern sich Vorschläge anzuhören, durchzuatmen und sich mehr Zeit zu kaufen in dem sie zum Beispiel entgegnete: „Ich denke darüber nach.“ um impulsivem Handeln vorzubeugen und aufflammende Aggressionen zuerst zu bewältigen. Dies gelang ihr nach und nach immer besser, sodass sie dies auch in Gesprächen mit Freunden schaffte.

Die Klientin tat sich sichtlich schwer damit, ihre Bedürfnisse zu kommunizieren. Hier half das Konzept der gewaltfreien Kommunikation (Beobachten, ausgelöstes Gefühl, Bedürfnisse, Bitte/Wunsch; Rosenberg, 2018) weiter. Dies wurde immer wieder in Rollenspielen geübt und kleine Hausübungen sollten mit Partner oder Freunden ausprobiert werden. Durch die Erfolge der Klientin in dieser Übung, und auch der positiven Rückmeldung ihres Ehemannes, war die Klientin sichtlich bestärkt, diese Methode regelmäßig in ihrem Alltag anzuwenden.

**Selbstwert erhöhen:** Um den Selbstwert der Klientin zu erhöhen, wurden ressourcenaktivierende Übungen durchgeführt. Diese waren positive Selbstverbalisierungen und einen liebevollen Begleiter aktivieren (Potreck-Rose, 2019; S.122 – S. 128 sowie S.135). Bohus (2019; S. 78) empfiehlt eine Einbindung selbstwertsteigernder Interventionen, um die Wahrnehmung dysfunktionaler Einstellungen sich selbst gegenüber zu verbessern, sowie sinnvollere Einstellungen zu erarbeiten. Vor allem eine positive Selbstzugewandtheit und dem Hinwenden zu eigenen Bedürfnissen werden empfohlen.

**Wiedereingliederung in die Arbeitswelt:** Die Wiedereingliederung in die Arbeitswelt erfolgte etwa zwischen der 7. und 10. Sitzung, da ein deutlicher Rückgang der depressiven Symptomatik vorhanden war und gestaltete sich einerseits als vorwiegend informationsvermittelnde Intervention, in dem sich die Klientin für ein Wiedereingliederungsprogramm in ihre Firma mit zunächst 20h/Woche entschied. Ganz besonders angstbehaftet war die Klientin vor dem Mitarbeitergespräch mit ihrem Vorgesetzten. Ein besonderes Bedürfnis der Klientin war hier ein Abteilungswechsel in eine Abteilung mit selteneren Auslandsaufenthalten, dass sie ihrem Vorgesetzten vorschlagen wollte. Dieses wurde mit gewaltfreier Kommunikation geübt und in Rollenspielen abwechselnd durchgegangen. Das Gespräch verlief sehr gut, dh. der Vorgesetzte stimmte einem Abteilungswechsel zu, und kam der Klientin sehr entgegen. Kurz vor Wiederaufnahme ihrer Arbeit beschäftigen die Klientin zunehmend mögliche Fragen, die ihr Mitarbeiter stellen könnten. Sie machte sich sorgen, alles Preis geben zu müssen, als krank und schwach angesehen zu werden und einen schlechten Ruf zu bekommen. Hier wurde ebenfalls ein Rollenspiel durchgeführt mit einer anfänglichen Reflexion darüber, was die Klientin preisgeben wolle, und was nicht.

### ***Beispiel einer Therapiestunde***

Für eine stellvertretende Therapiestunde wird eine Einheit zum Erlernen des Emotionssurfings (siehe unter Kapitel 6.4.2) dargestellt. Die Klientin hatte zu diesem Zeitpunkt bereits Erfahrungen mit Skills gesammelt und dem Umgang von Gefühlen wie Wut, Trauer und Schuldgefühlen.

Die Klientin berichtete bei Sitzungsbeginn, mit Freunden auf einer gemeinsamen Feier gewesen zu sein. Sie hatte den Eindruck, nicht dazuzugehören, sich nicht richtig einbringen zu können, anders zu sein und bemerkte, dass sie sich während dieser Feier immer weiter zurückzog. Sie beschrieb ein Gefühl von großer Traurigkeit und Scham. Interventionen zum kognitiven Umstrukturieren waren in vorangegangenen Sitzungen bereits durchgeführt worden und es wurde kurz auf hilfreiche Selbstverbalisationen aus diesen Sitzungen hingewiesen. Auf die Frage, wie die Klientin mit dieser Situation umgegangen war, berichtete sie, dass sie nachhause ging. Zuhause sei sie von Traurigkeit geplagt gewesen, und konnte sich nur durch stundenlange Computerspiele davon ablenken. Gemeinsam wurde eruiert, wie sich ein Ablenken von Gedanken bzw. auch von Gefühlen negativ auf diese auswirken können, in dem diese dadurch länger bzw. immer wieder präsent werden können. Mit der Metapher „denke nicht an einen rosaroten Elefanten“, war dies für die Klientin gut nachvollziehbar. Daraufhin wurde die Klientin eingeladen, eine Übung zum sogenannten Emotionsurfing durchzuführen. Der Klientin wurde vermittelt, dass Emotionen kommen und gehen. Indem wir unsere Emotionen wahrnehmen, machen wir die Erfahrung, dass diese für einen Moment vielleicht sehr unangenehm sind, aber mit der Zeit schwächer und schwächer werden. Mit dem Einverständnis der Klientin, eine Übung diesbezüglich zu versuchen, lehnte sich die Klientin zurück und schloss ihre Augen. Daraufhin wurde sie gebeten, sich vorzustellen, dass eine Stelle an ihrem Körper zu jucken beginnt. Nach etwa zwanzig Sekunden, berichtete die Klientin, dass ihr nun tatsächlich der rechte Unterarm zu jucken begann, und sie das starke Bedürfnis hatte, sich zu kratzen – sie wurde jedoch gebeten dies nicht zu tun und auch sonst keine Handlung zu unternehmen, mit dem sie den Juckreiz beenden konnte. Stattdessen solle sie versuchen, kurz diesen Juckreiz zu beschreiben, ihn zu erleben, und ihn „kommen und gehen“ zu lassen. Die Klientin konzentrierte sich für etwa zehn Sekunden und öffnete daraufhin die Augen und berichtete, dass der Juckreiz nun weg war. Er sei für etwa 2 Sekunden unerträglich gewesen, und dann plötzlich verschwunden. Diese Erfahrung der Klientin wurde nachbesprochen und es wurde reflektiert, in welcher Weise man dies auf Emotionen übertragen könnte. Beispielweise wurde erarbeitet, dass es ihr helfen könne, die Gefühle für sich zu benennen, zu beschreiben und körperliche Symptome dafür zu benennen sowie sich vorzustellen, dass diese wie Wellen stark ansteigen, und dann wieder sinken. Die Klientin war motiviert dies in den nächsten Wochen zu versuchen.

### **7.3 Darstellung geplanter Maßnahmen zur Nachbetreuung und Beendigung der Therapie**

Anfänglich fanden Therapieeinheiten wöchentlich statt und danach 14-tägig sowie zuletzt monatlich. Bei Krisen (beispielweise Tod ihres leiblichen Vaters und dadurch vorübergehende Wiederaufnahme des Kontaktes mit ihrer Großmutter) wurden Termine für kurze Zeit wieder wöchentlich ausgemacht und danach wieder ausgedehnt.

#### **7.3.1 Rückfallprophylaxe**

Gemeinsam mit der Klientin wurden individuelle Warnsignale erarbeitet, welche für Sie anzeigen, dass es zu einer Symptomverschlechterung kommt. Diese waren in diesem Fall, dass die Klientin mehr Zigaretten rauchte, weniger schlief und Mahlzeiten ausließ. Diese Warnsignale, wurden auf einer Notfallkarte notiert. Danach wurden akute Maßnahmen festgehalten, welche die Klientin bei Eintreten dieser Warnsignale umsetzen konnte (mit Freunden treffen, ihrem Partner anvertrauen, Entspannungsübungen, Therapiesitzung vereinbaren).

### **7.4 Darstellung aufgetretener Schwierigkeiten im therapeutischen Prozess**

Schwierigkeiten fanden vor allem im sozialen Kompetenztraining statt. Hier war eine Gratwanderung zwischen einer nicht-wertenden Haltung und dem Aufzeigen der negativen Konsequenzen von verbalen Beschimpfungen ihrer Freunde durch die Therapeutin, eine große Herausforderung. Durch das fortlaufende Skillstrainings war es möglich, nicht sofort auf eine wahrgenommene soziale Kränkung zu reagieren, sondern die aufflammenden Gefühle und Gedanken zunächst zu beobachten, im Zweifel anzusprechen und anschließend eine gewaltfreie Kommunikation anzuwenden. Dies benötigte viele Einheiten und viele Übungssequenzen. Die Klientin war dahingehend aber sehr motiviert.

Auch eine Aufrechterhaltung des Therapieerfolges benötigte viele Wiederholungen bis sich gewisse Strategien stärker manifestierten und schneller abrufbar waren.

## **8 Evaluation / Erfolgs- bzw. Misserfolgskontrolle**

### **8.1 Darstellung der Zielerreichung, der (Nicht-) Veränderung der problematischen Verhaltensweisen sowie der Symptomatik des Klienten**

Das Ziel eines vertrauensvollen und offenen Beziehungsaufbaus konnte erfolgreich erfüllt werden. Die Klientin konnte offen über Dinge reden, die sie noch nie jemandem anvertraut habe. Die Psychoedukation brachte Motivation mit sich bzw. war die Transparenz des

Vorgehens im Hinblick auf das große Misstrauen, das die Klientin gegenüber der Welt und den Menschen hegte, sehr wichtig. Der Aufbau positiver Aktivitäten konnte parallel zu einem sozialen Kompetenztraining sowie der begleitenden Arbeit an dysfunktionalen Gedanken erfolgreich zu einer deutlichen Symptomreduktion beitragen. Ganz besonders hilfreich empfand die Klientin das Skillstraining, das sie regelmäßig und sehr gewissenhaft anwendete. Hier bekam sie auch große Unterstützung ihres Ehemannes, der sie sehr unterstützte und beispielweise alte Zeitungen nicht wegwarf, sondern die in einer Kiste für sie mitsammelte (für den Umgang mit Wut: Zeitung zerreißen). Die Klientin zeigte am Ende der Therapie kein selbstverletzendes Verhalten mehr, noch drohte sie Suizid ihrem Ehemann gegenüber an. Der Aufbau sozialer Fähigkeiten führte zu einer verbesserten Kommunikation mit Ehemann, Freunden und Arbeitgeber bzw. Mitarbeitern. Wie bereits oben erwähnt, war es nach einigen Sitzungen bereits möglich, wieder in die Arbeitswelt zurückzukehren und in eine andere Abteilung zu wechseln. Die Erhöhung des Selbstwertes war durch subjektive Einschätzung durch die Klientin erfolgreich. Der Klientin war es möglich, innerhalb guter Freundschaften sowie ihrer Arbeitswelt ein positives Selbstbild aufrechtzuerhalten. Durch den plötzlichen Tod ihres Vaters gab es vorübergehenden Kontakt (Beerdigung sowie Regelung des Erbes) mit ihrer Großmutter und Stiefschwester, was kurzfristig zu einer Symptomverschlechterung (Appetitlosigkeit, Schlafstörungen, negative Gefühle, Wutausbrüche) führte. Einige Woche nach der Beendigung dieses Kontaktes, war es der Klientin wieder möglich auf ihre neuen Strategien zurückzugreifen und die Symptome verschwanden wieder.

## 8.2 Überprüfung der ICD Diagnostik

Die Kriterien für eine Depression waren gegen Ende der Therapie nicht mehr erfüllt. Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung konnten deutlich verbessert werden. Es gab gegen Therapieabschluss kein selbstverletzendes Verhalten mehr, zudem sei die Impulsivität zurück gegangen. Das Gefühl der Ablehnung und die Angst vor dem Allein-Gelassen-Werden war zuletzt reduziert, aber nicht vollkommen verschwunden.

## 8.3 Darstellung der zur Erfolgsmessung tatsächlich verwendeten Instrumente und der damit erfassten Ergebnisse

	Therapiebeginn	Therapieende
BDI	33	9
DIB	7	2

## 9 Kritische Reflexion

Rückblickend war ein Zögern meinerseits bezüglich meines anfänglichen Verdachtes auf eine Borderline-Persönlichkeitsstörung unbegründet. Diese Überwindung diesen Verdacht anzusprechen, wurde mir per Zufall durch das Ansprechen der Klientin abgenommen. Diese Befürchtung aber, die Klientin damit zu kränken oder ihre depressive Verstimmung zu verschlimmern, war eine falsche, angstbesetzte Interpretation auf Therapeutenseite. Es gab hier vor allem Entlastung bei der Klientin, über ihre Ängste und Verhaltensweisen nachlesen zu können. Dieses Zögern wäre somit nicht nötig gewesen. Durch die sehr aggressiven Interaktionsmuster der Klientin war es notwendig, regelmäßig Rückmeldungen zu geben. Diese Gratwanderung zwischen Kränkung und Ansprechen von zu aggressiven Verhaltensweisen wurde in jeder Sitzung je nach Tagesverfassung neu ausgelotet. Manchmal war dies durch Humor gut möglich, manchmal durch ein radikales Echt-Sein. An manchen Tagen war dies nicht möglich.

Es konnte dennoch eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut werden, jedoch zeigte sich, dass die Klientin nicht immer vollständig offen war. Nach etwa fünfzehn Sitzungen teilte die Klientin mit, dass sie die Medikation bereits nach wenigen Sitzungen ohne Absprache abgesetzt habe, weil sie diese nach eigenen Angaben nicht mehr gebraucht habe. Aufgrund der tatsächlichen Symptomlinderung war eine Wiederaufnahme vorerst nicht initiiert. Die gewaltfreie Kommunikation wird in der therapeutischen Arbeit von Borderline Persönlichkeitsstörungen typischerweise nicht bzw selten eingesetzt, eröffnete aber in diesem Fall die Möglichkeit eigene Bedürfnisse anzusprechen, ohne dabei aggressives Verhalten nutzen zu müssen. Rückblickend bot dies eine sehr gute Hilfestellung und Anleitung, um in sozialen Situationen besser agieren zu können.

## 10 Literatur

- Bohus, M. & Wolf-Arehult, M. (2009). *Interaktives Skilltraining für Borderline-Patienten: Das Therapiemanual*. Stuttgart: Schattauer
- Bohus, M. (2019). *Borderline Störungen. 2. Vollständig überarbeitete Auflage. Fortschritte der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe Verlag
- Bohus, M., Buchheim, P., Doering, S., Herpertz, S.C., Kapfhammer, H. P., Linden, M., Müller-Isberner, R., Renneberg, B., Resch, F., Sass, H., Schmitz, B. Schweiger, U. & Tress W. (2009). *S2 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie: Band 1 Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörung*. Heidelberg: Steinkopff Verlag
- Bonin, H. (2022). *Borderline: Wenn die Seele schreit*. Neobooks
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (2015). *ICD-10. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD- 10 Kapitel V (F). Klinisch- diagnostische Leitlinie. 10. Überarbeitete Auflage*. Bern: Hogrefe.
- Einsle, F. & Hummel, K. V. (2015) *Kognitive Umstrukturierung*. Beltz Verlag: Weinheim, Basel
- Ellis, A. (1962). *Die rational-emotive Therapie. Das innere Selbstgespräch bei seelischen Problemen und seine Veränderung*. München, Pfeiffer
- Fiedler, P. (2007). *Persönlichkeitsstörungen. 6. Vollständig überarbeitete Fassung*. Basel: Beltz.
- Gunderson J., G. (1985). *Diagnostisches Interview für das Borderlinesyndrom (dt. Bearb: H. Pütterich)*. Weinheim: Beltz.
- Hautzinger M (2003) *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen: Behandlungsanleitungen und Materialien*. Beltz, Weinheim
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., Keller, F. (1995). *Beck-Depressions-Inventar (BDI). Testhandbuch. 2. Auflage*. Bern: Hans Huber.
- Linden, M. & Hautzinger, M. (2015). *Verhaltenstherapiemanual*. Heidelberg: Springer
- Potreck-Rose, F., 2019: *Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen: Psychotherapeutische Interventionen zum Aufbau von Selbstwertgefühl (Leben lernen)*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Rosenberg, M. B. (2012). *Gewaltfreie Kommunikation*. Paderborn: Junfermann Druck & Service.
- Schäfer, U., Sachsse, U. & Rütger, E. (2011). *Borderline-Störung: Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG
- Schneider, S. & Margraf, J. (2009). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie: Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Heidelberg: Springer



Wacker, R. & Dsiobek, I. (2018). *Preventing empathic distress and social stressors at work through nonviolent communication training: A field study with health professionals*. *Journal of Occupational Health Psychology*, 23(1), 141–150.

Yu, M. & Clark, M., (2015) *Investigating Mindfulness, Borderline Personality Traits, and Well-Being in a nonclinical Population*. *Psychology*, Vol. 06. Nr. 10. 16 Pages