

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department Soziale Arbeit

Mögliche Wirkfaktoren achtsamkeitsorientierter
Therapieverfahren am Beispiel der Dialektisch Behavioralen
Therapie bei Borderline Persönlichkeitsstörung

Bachelor-Thesis

vorgelegt von:

Nicole Krol

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Tag der Abgabe: 07.02.2015

Betreuender Prüfender: Prof. Dr. Gunter Groen

Zweiter Prüfer: Prof. Dr. Georg Schürgers

Inhaltsverzeichnis

I	Einleitung.....	1
II	Achtsamkeit.....	2
	II.I Klinischer Kontext.....	3
	II.II Begriffsbestimmung.....	4
	II.II.I Autopilotmodus.....	5
	II.II.II Bestimmungsmerkmale.....	6
	II.II.III Definitionen.....	7
	II.III Achtsamkeitspraxis.....	9
	II.III.I Formale Achtsamkeitspraxis.....	10
	II.III.II Informelle Achtsamkeitspraxis.....	11
III	Allgemeine Effekte von Achtsamkeitspraxis.....	11
	III.I Schulung der Aufmerksamkeitskontrolle.....	12
	III.II Disidentifikation.....	13
	III.III Veränderung des mentalen Modus.....	14
	III.IV Verbesserung der Körperwahrnehmung.....	14
IV	Akzeptanz.....	15
	IV.I Erfahrungsvermeidung.....	16
	IV.II Akzeptanz als Alternative zur Erfahrungsvermeidung.....	17
V	Die Borderline Persönlichkeitsstörung.....	19
	V.I Diagnostische Kriterien nach DSM IV.....	19
	V.II Störungsbereiche.....	20
	V.II.I Störungsbereich Affektregulation.....	21
	V.II.II Störungsbereich Selbstbild.....	22
	V.II.III Störungsbereich zwischenmenschliche Beziehungen.....	23

V.II.IV	Störungsbereich kognitive Funktionsfähigkeit.....	24
V.II.V	Störungsbereich Verhaltensebene.....	25
V.III	Ätiologie.....	26
V.III.I	Das neurobehaviorale Störungsmodell.....	27
V.III.II	Das Biosoziale Modell.....	29
VI	Die Dialektisch Behaviorale Therapie.....	30
VI.I	Struktureller Rahmen.....	31
VI.I.I	Einzeltherapie.....	31
VI.I.II	Gruppentherapie.....	32
VI.I.II.I	Fertigkeitentraining.....	33
VI.I.III	Telefonberatung.....	35
VI.I.IV	Supervision für Therapeuten.....	35
VI.II	Therapiephasen.....	35
VI.III	Dialektischer Ansatz.....	37
VI.IV	Methoden der Achtsamkeit.....	38
VI.IV.I	Radikale Akzeptanz.....	39
VI.IV.II	Modul „Innere Achtsamkeit“.....	40
VI.IV.II.I	Die „Was Fertigkeiten“.....	40
VI.IV.II.II	Die „Wie Fertigkeiten“.....	41
VI.IV.IV	Modul zur Erhöhung der Stresstoleranz.....	42
VI.IV.V	Modul zur Verbesserung der Emotionsregulation.....	43
VII	Mögliche Wirkfaktoren.....	45
VII.I	Störungsbereich Affektregulation.....	45
VII.II	Störungsbereich Selbstbild.....	46
VII.III	Störungsbereich zwischenmenschliche Beziehungen.....	46
VII.IV	Störungsbereich kognitive Funktionsfähigkeit.....	47
VII.V	Störungsbereich Verhaltensebene.....	47
VIII	Fazit.....	48

Inhaltsverzeichnis

I	Einleitung	2
II	Achtsamkeit	3
II.I	Klinischer Kontext.....	4
II.II	Begriffsbestimmung.....	6
II.II.I	Autopilotmodus.....	6
II.II.II	Bestimmungsmerkmale von Achtsamkeit.....	7
II.II.III	Definitionen	8
II.III	Achtsamkeitspraxis	10
II.III.I	Formale Achtsamkeitspraxis	11
II.III.II	Informelle Achtsamkeitspraxis.....	12
III	Effekte der Achtsamkeitspraxis.....	13
III.I	Schulung der Aufmerksamkeitslenkung.....	14
III.II	Disidentifikation.....	14
III.III	Veränderung des mentalen Modus	15
III.IV	Verbesserung der Körperwahrnehmung.....	16
IV	Akzeptanz.....	16
IV.I	Erlebnisvermeidung.....	18
IV.II	Akzeptanz als Alternative zur Erlebnisvermeidung.....	19
V	Die Borderline Persönlichkeitsstörung	20
V.I	Diagnostische Kriterien für die BPS nach DSM-IV.....	21
V.II	Störungsbereiche.....	22
V.II.I	Störungsbereich Affektregulation.....	22
V.II.II	Störungsbereich Selbstbild.....	24
V.II.III	Störungsbereich zwischenmenschliche Beziehungen.....	24
V.II.IV	Störungsbereich kognitive Funktionsfähigkeit.....	25
V.II.V	Störungsbereich Verhalten.....	26
V.III	Ätiologie.....	28
V.III.I	Das neurobehaviorale Störungsmodell.....	28
V.III.II	Das biosoziale Modell.....	31

VI	Die Dialektisch Behaviorale Therapie.....	32
VI.I	Struktureller Rahmen.....	33
VI.I.I	Einzeltherapie.....	33
VI.I.II	Gruppentherapie.....	34
VI.I.II.I	Fertigkeitentraining.....	35
VI.I.III	Telefonberatung.....	36
VI.I.IV	Supervision für Therapeuten	37
VI.II	Therapiephasen	37
VI.III	Dialektischer Ansatz.....	38
VI.IV	Methoden der Achtsamkeit	40
VI.IV.I	Radikale Akzeptanz.....	40
VI.IV.II	Modul Innere Achtsamkeit.....	42
VI.IV.II.I	Die „Was Fertigkeiten“	42
VI.IV.III	Die „Wie Fertigkeiten“.....	43
VI.IV.IV	Modul zur Erhöhung der Stresstoleranz	44
VI.IV.V	Modul zur Verbesserung der Emotionsregulation.....	45
VII	Mögliche Wirkfaktoren.....	47
VII.I	Störungsbereich Affektregulation.....	47
VII.II	Störungsbereich Selbstbild.....	47
VII.III	Störungsbereich zwischenmenschliche Beziehungen.....	48
VII.IV	Störungsbereich kognitive Funktionsfähigkeit.....	48
VII.V	Störungsbereich Verhaltensebene.....	49
VIII	Fazit.....	49

I Einleitung

Die buddhistische Psychologie beschäftigt sich seit über 2500 Jahren mit der grundsätzlichen Entstehung und Überwindung von menschlichem Leid. Meditation als Form praktizierter Achtsamkeit stellt in diesem Zusammenhang schon seit jeher ein wichtiges Schlüsselement dar. In jüngster Zeit verbreitet sich das Konzept der Achtsamkeit auch in der westlichen Psychologie, deren Anliegen es ist individuelles Leid zu lindern, und etabliert sich hier besonders im Bereich der kognitiv behavioristischen Verhaltenstherapie zunehmend (vgl. Fulton/Germer/Siegel, 2009: 9). Dies lässt sich an der kontinuierlich steigenden Anzahl der wissenschaftlichen Publikationen zu diesem Themengebiet beobachten, sowie an der Entstehung achtsamkeitsbasierter und achtsamkeitsorientierter Interventionsmethoden, wie z.B. der Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR), die den klinischen Alltag neu gestalten und vor allem auch daran, dass Spitzenverbände der Krankenkassen derzeit die Bezuschussung solcher Interventionsmethoden überprüfen (vgl. Berking/von Känel, 2007: 170). Grund hierfür sind nicht zuletzt die positiven Ergebnisse wissenschaftlicher Studien zur therapeutischen Wirksamkeit dieser neuen Behandlungsansätze in den Bereichen der Psychologie und der Allgemeinmedizin (vgl. Heidenreich/Michalak, 2003: 265).

Die Integration des Achtsamkeitskonzeptes in den verhaltenstherapeutischen Kontext führte so weit, dass hier von einer „dritten Welle“ der Verhaltenstherapie gesprochen wird, die einen wesentlichen Perspektivenwechsel innerhalb dieser Disziplin einschließt. Mit der zunehmenden Integration des ursprünglich buddhistischen Achtsamkeitskonzeptes in den psychotherapeutischen Kontext beginnt auch das Interesse an den zugrundeliegenden Wirkfaktoren im Sinne wissenschaftlich fundierter Forschungsergebnisse zu wachsen, nachdem bisherige Studien vornehmlich darauf ausgerichtet waren eine generelle Wirksamkeit zu überprüfen. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit sollen zunächst die zentralen Effekte der Achtsamkeitspraxis bestimmt werden. Am Beispiel der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT), die stark vom Zen-Buddhismus beeinflusst ist und eine achtsamkeitsorientierte Therapieform der „dritten Welle“ darstellt, sollen die den

Effekten zugrunde liegenden potentiellen Wirkmechanismen untersucht werden. Hierzu wird zunächst das Konzept der Achtsamkeit allgemein und weiterführend im klinischen Kontext beschrieben. Auf dieser Grundlage werden die Anwendungsmöglichkeiten der Achtsamkeitspraxis dargestellt, wie sie im Rahmen der Behandlungsansätze der „dritten Welle“ durchgeführt werden, um die möglichen allgemeinen Effekte von Achtsamkeit zu ermitteln. Im Rahmen der DBT wurden Achtsamkeitstechniken integriert, die speziell für die Behandlung des Störungsbildes der Borderline Persönlichkeitsstörung als geeignet betrachtet werden. Nachdem das Krankheitsbild mit seinen charakteristischen Störungsbereichen beschrieben wird, sollen diese Methoden der Achtsamkeit der DBT beleuchtet werden, um abschließend zu prüfen, welche möglichen Mechanismen in Bezug auf die Problematiken von Personen mit BPS hier ihre Wirkung entfalten.

II Achtsamkeit

Der Begriff Achtsamkeit (engl. mindfulness) ist eine Übersetzung des Sanskrit-Wortes „Sati“, das wörtlich übersetzt „erinnern“, „besinnen“ bedeutet. Es kann verstanden werden als das sich stetige Erinnern daran, die Bewusstheit für den gegenwärtigen Moment, das „Hier und Jetzt“, aufrechtzuerhalten (vgl. Michalak/Heidenreich/Williams, 2012: 8). Der Begriff ist in den ältesten Redensammlungen des historischen Buddha zu finden, also über 2500 Jahre alt und bildet eine der Kernlehren der buddhistischen Tradition, deren Anliegen es u.a. ist, einen fortwährenden Zustand der Achtsamkeit mit Hilfe von kontinuierlicher Achtsamkeitspraxis, z.B. in Form von Meditation zu entwickeln (vgl. Knuf/Hammer, 2013: 22; Germer, 2009: 18). Das Erreichen dieses Zustandes stellt laut der buddhistischen Psychologie ein zentrales Element dar, um menschliches Leid zu überwinden.

Frühe Forschungsstudien aus dem Bereich der akademischen Psychologie belegen die Wirksamkeit von Meditation bei einer Vielzahl psychischer Störungen, die in der Regel mit subjektivem Leid einhergehen. So werden in einer Metaanalyse von Grawe et al. mehr als 15 Therapiestudien vorgestellt, die Meditation als therapeutische

Behandlungsintervention bei verschiedenen Störungen wie z.B. Substanzabhängigkeit oder Angstzuständen untersuchen (vgl. Heidenreich/Michalak, 2003: 265). „Insgesamt war die methodische Qualität dieser Studien eher überdurchschnittlich und die Wirksamkeit meditativer Ansätze insbesondere im Hinblick auf die in der Regel kurze Interventionsdauer von ca. 10 Wochen/Sitzungen überraschend hoch.“ (ebd., 2003: 265)

Auch wenn Achtsamkeit seine Wurzeln in östlichen Traditionen hat, so ist es doch eine allgemeinemenschliche Fähigkeit und ein natürlich vorkommendes Ereignis des alltäglichen Lebens, das nicht an eine bestimmte Weltanschauung, Religion oder Kultur gebunden ist und somit jedem Menschen zur Verfügung steht (vgl. Knuf/Hammer, 2013: 166; Germer, 2009: 30). Herausgelöst aus den traditionellen Hintergründen ergänzt Achtsamkeit als Prinzip und Konzept die westliche Psychologie, Psychotherapie und zunehmend auch das psychiatrische Arbeitsfeld. In diesem klinischen Kontext wird aus ihr in säkularisierter Form eine wirksame Methode innerhalb diverser achtsamkeitsimplementierender Therapieverfahren, wie z.B. der MBSR oder DBT.

II.I Klinischer Kontext

Psychanalytische Kliniker wie Carl Gustav Jung und Erich Fromm haben bereits Ende der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts den Wert der Achtsamkeitspraxis der buddhistischen Psychologie erkannt. Gefolgt von ersten Einsätzen von Meditations-techniken in der Medizin bei der Behandlung von Herzkrankheiten, rief die American Psychiatric Association 1977 dazu auf, die klinische Wirksamkeit von Meditation zu untersuchen. Zwei Jahre später gründete Jon Kabat-Zinn das „Center for Mindfulness“ (Zentrum für Achtsamkeit) zur Behandlung chronischer Krankheitsbilder wie z.B. Migräne in Form eines achtwöchigen Achtsamkeitstrainings zur Stressreduktion, der MBSR. Zeitgleich entwickelte M. Linehan ihr Therapiekonzept zur Behandlung chronisch-suizidaler Patientinnen mit BPS, das wie bereits erwähnt stark vom Zen-Buddhismus inspiriert ist. Beide Programme zeigten gute Ergebnisse bzgl. ihrer

Wirksamkeit (vgl. Fulton/Siegel, 2009: 25). Die Zahl der Therapiekonzepte, die Achtsamkeitstechniken integrieren, ist seither kontinuierlich gestiegen.

Diese zunehmende Berücksichtigung von Achtsamkeit als zusätzliches Behandlungselement der kognitiv verhaltenstherapeutischen Theorie und Praxis wird als „dritte Welle“ der Verhaltenstherapie bezeichnet. Sie führt scheinbar zu einem deutlichen Paradigmenwechsel innerhalb dieser Disziplin (vgl. Heidenreich/Michalak, 2013: 14 f.). Nachdem im Laufe der 70er und 80er Jahren erkannt wurde, dass kognitive Prozesse eine wesentliche Rolle beim Entstehen psychischer Störungen spielen, erfuhr die klassische Verhaltenstherapie (VT) mit ihren lerntheoretischen Konzepten bereits einen ersten Wandel durch die Integration kognitiver Therapieelemente. Dieser Wandel stellt die zweite Phase oder Welle der VT dar. Die „dritte Welle“ ist durch die zunehmende Berücksichtigung und Implementierung von Achtsamkeit und Akzeptanz als Konzept gekennzeichnet und rückt nun nicht mehr die kognitiven Inhalte ins Zentrum der Behandlung, sondern die kognitiven Muster im Sinne einer metakognitiven Perspektive (vgl. Heidenreich/Michalak, 2013: 13 f.; Knuf/Hammer, 2013: 29). Während verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze zuvor auf eine Veränderung von Verhalten und kognitiven Inhalten abzielten, betonen sie hier die Bedeutsamkeit einer annehmenden und akzeptierenden Haltung gegenüber diesen. „Therapieziel ist nicht mehr Gedanken und Gefühle zu verändern, sondern die Beziehung der Klienten zu ihren Gedanken und Gefühlen.“ (Weiss/Harrer, 2010: 17) Zu den wichtigsten dieser Konzepte gehören neben der MBSR und der DBT u.a. die Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) bei der Behandlung von Depressionen, sowie die Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Das steigende wissenschaftliche Interesse an dem Konzept Achtsamkeit und seiner Anwendung in der klinischen Psychologie erfordert zunächst eine einheitliche Begriffsbestimmung dieses Gegenstandes. Im folgenden soll daher erläutert werden, worum es sich bei dem Begriff Achtsamkeit im klinischen Kontext handelt.

II.II Begriffsbestimmung

Im allgemeinen Sprachgebrauch wird Achtsamkeit gleichgesetzt mit Bezeichnungen wie Aufmerksamkeit, Vorsicht, Konzentration oder Sorgfalt. Diese Begriffe weisen zwar eine Nähe zur Bedeutung von Achtsamkeit auf, es fehlen ihnen jedoch zentrale Bestimmungsmerkmale. Achtsamkeit stellt sowohl im buddhistischen als auch im klinischen Zusammenhang nicht einfach Aufmerksamkeit, sondern vielmehr eine besondere Form der Aufmerksamkeitskontrolle dar, die sich von den automatisch ablaufenden Wahrnehmungsprozessen, denen der Mensch im Alltag unterzogen ist, unterscheidet (vgl. Berking/von Känel, 2007: 171). Um einen Zustand der Achtsamkeit von dem des Alltagsbewusstseins zu unterscheiden, soll letzterer zuvor dargestellt werden.

II.II.I Autopilotmodus

Die automatisierten Wahrnehmungsprozesse des Geistes sind für gewöhnlich dadurch gekennzeichnet, dass die Aufmerksamkeit selten oder nur teilweise auf die aktuell ausgeführten Handlungen und Wahrnehmungen gerichtet ist. Vereinfacht ausgedrückt bedeutet dies, dass der Körper handelt, während der Geist mit ganz anderen Dingen beschäftigt ist (vgl. Michalak/Heidenreich, 2013: 130). Dies lässt sich bei einer Vielzahl alltäglicher Verrichtungen, wie z.B. dem Zähne putzen, Duschen, Abwaschen oder auch beim Auto fahren etc. beobachten. Da diese Tätigkeiten mittels automatisch ablaufender Handlungsvorgänge geschehen, erfordern sie nicht die uneingeschränkte Aufmerksamkeit, sodass sich die Gedanken mit anderen Inhalten beschäftigen können und dies zumeist auch tun. Beim genaueren Betrachten der gedanklichen Inhalte kann festgestellt werden, dass diese oft aus Erlebnissen aus der Vergangenheit, bevorstehenden Ereignissen in der Zukunft, Tagträumen oder abstrakten Gedankengebäuden bestehen, selten die gegenwärtigen Erfahrungen in den Mittelpunkt rücken und zudem oft von Objekt zu Objekt springen (vgl. Michalak/Heidenreich/Williams, 2012: 5; Kabat Zinn, 2013: 58).

Dieser Zustand, der durch Gewohnheiten im Sinne automatisierter Verarbeitungs- und Reaktionsmuster gekennzeichnet ist, wird als Autopilotmodus oder Autopilot-

funktion bezeichnet (vgl. Kabat-Zinn, 2013: 60; Heidenreich/Michalak, 2003: 265). „Der „Autopilotmodus“ meint die in unserem Alltagsbewusstsein häufig zu beobachtende Tendenz, Tätigkeiten nur halb bewusst auszuführen: Der Körper geht wie bei einem Autopiloten seiner Aufgabe nach (z.B. Treppensteigen) während wir geistig mit etwas ganz anderem beschäftigt sind (z.B. mit der Sitzung, die in einer halben Stunde beginnt).“ (Michalak/Heidenreich/Williams, 2012: 6)

Gleichzeitig ist unser Alltagsbewusstsein dadurch gekennzeichnet, dass Erlebnis- und Wahrnehmungsinhalte meist unmittelbar und nicht bewusst, auf Grundlage vergangener Erfahrungen, kategorisiert und bewertet werden im Sinne von positiv/negativ, angenehm/unangenehm. Dies geschieht durch ein ständig vergleichendes Bezugnehmen von äußeren und inneren Ereignissen, Personen, Verhaltensweisen etc. (vgl. Sonntag, 2013: 24).

II.II.II Bestimmungsmerkmale von Achtsamkeit

Im Gegensatz zum Autopilotmodus meint Achtsamkeit das Lenken und Verweilen der Aufmerksamkeit auf den Erlebnisinhalten des gegenwärtigen Moments im „Hier und Jetzt“. Aktuelle Erlebnisinhalte können äußere Reize wie z.B. Geräusche sein, aber auch innere Ereignisse wie Gedanken oder Emotionen, die in diesem Moment in Erscheinung treten. Es bedeutet sich dem zuzuwenden, was im gegenwärtigen Zeitpunkt gegeben ist und es mit den aktuellen Tätigkeiten in Übereinstimmung zu bringen, also beim Essen z.B. nur zu Essen. „Unter Aufmerksamkeitslenkung auf den aktuellen Moment ist zu verstehen, im Kontakt mit dem gegenwärtigen Augenblick zu sein und nicht in Erinnerungen oder Zukunftsplanungen bzw. -grübelein gefangen zu sein.“ (Heidenreich/Michalak, 2003: 265) Die Präsenz im „Hier und Jetzt“ ist das zentrale Bestimmungsmerkmal von Achtsamkeit.

Da Gedankenwandern oder -abschweifen jedoch ein allgegenwärtiges Phänomen ist, wird diesem in einem Zustand der Achtsamkeit dadurch entgegengewirkt, dass die Aufmerksamkeit wieder und wieder auf die gegenwärtigen Erfahrungen ausgerichtet wird. Dies erfordert jedoch die Absicht bei diesen Erfahrungen bleiben zu wollen und

muss demnach willentlich geschehen. Dass die Aufmerksamkeit absichtsvoll auf das gegenwärtige Erleben gerichtet wird, ist ein weiteres Merkmal, das Achtsamkeit von den automatisierten Wahrnehmungsprozessen unterscheidet.

Ein weiteres wesentliches Element, das Achtsamkeit abhebt, bezieht sich auf die fortlaufend stattfindenden Kategorisierungs- und Bewertungsprozesse des Alltagsbewusstseins. In einem Zustand der Achtsamkeit werden Erlebnisinhalte wahrgenommen, ohne sie einzuordnen oder zu bewerten. Dies bedeutet, Gegebenheiten auf direktere Art und Weise, nämlich ohne den Filter eigener Überzeugungen, Neigungen und vergangener Erfahrungen, wahrzunehmen (vgl. Michalak/Heidenreich/Williams, 2012: 7). Dies schließt ein, auch auftretende Kategorisierungsprozesse nicht als „falsch“ oder „schlecht“ zu bewerten, sondern diese einfach zu bemerken und wahrzunehmen.

Die drei Merkmale, die Achtsamkeit bestimmen und von anderen Seins-Zuständen unterscheiden sind demnach:

1. Präsenz im gegenwärtigen Moment
2. Absichtsvolle Aufmerksamkeitslenkung auf das „Hier und Jetzt“
3. Wahrnehmen ohne zu bewerten

II.II.III Definitionen

Definition Jon Kabat-Zinn:

Die in der wissenschaftlichen Literatur am häufigsten verwendete Definition stammt von dem Achtsamkeitsforscher und Therapeuten Kabat-Zinn und schließt die aufgeführten Bestimmungsmerkmale mit ein. Nach ihm ist Achtsamkeit

„die Bewusstheit, die sich durch *gerichtete, nicht wertende* Aufmerksamkeit im *gegenwärtigen* Augenblick einstellt.“ (Kabat-Zinn, 2006: 23)

Definition Bishop et al.:

Eine weitere Definition stammt von Bishop et al.. Nach ihnen lässt sich Achtsamkeit anhand von zwei Komponenten beschreiben:

1. Die Selbstregulation der Aufmerksamkeit
2. Eine bestimmte Orientierung in Form einer Haltung von Neugierde (vgl. Michalak/Heidenreich/Williams, 2012: 7).

Die erste Komponente stellt die Selbstregulation der Aufmerksamkeit dar und bezeichnet die Fähigkeit diese bewusst auf die Erfahrungen des Momentes zu lenken und sie dort zu halten bzw. sie dorthin zurückzuführen, sodass eine erhöhte Wahrnehmung der gegenwärtigen mentalen Ereignisse ermöglicht wird. „Diese Form der Selbstregulation ist mit einer erhöhten Wachheit gegenüber dem sich ständig ändernden Strom von Gedanken, Gefühlen und Empfindungen verbunden.“ (ebd., 2012: 7) Diese erste Komponente umfasst somit zwei der Bestimmungsstücke aus der Definition Kabat-Zinns, nämlich die absichtsvolle Lenkung und den Bezug zum gegenwärtigen Moment.

Die zweite Komponente, die Achtsamkeit hiernach enthält, ist gekennzeichnet durch eine bestimmte Orientierung in Form einer Haltung von Neugierde und Offenheit gegenüber den Erfahrungen des gegenwärtigen Momentes. Im Buddhismus wird diese Haltung auch als Anfängergeist bezeichnet (vgl. Knuf/Hammer, 2013: 56). „Sie beinhaltet die bewusste Entscheidung, auf Bestrebungen zu verzichten, eine andere Erfahrung als die gegenwärtige haben zu wollen, und einen aktiven Prozess des Zulassens von Gedanken, Gefühlen und Empfindungen.“ (Heidenreich/Michalak/Williams, 2013: 7f) Da auch diese Haltung der Neugier willentlich und bewusst eingenommen wird, fließt auch hier neben dem Merkmal des Nicht-Wertens das Merkmal „absichtsvoll“ mit ein.

Definition Christoph Germer:

„Achtsamkeit ist Gewahrsein der gegenwärtigen Erfahrungen mit Akzeptanz.“ (Germer, 2009: 21) Der Begriff Gewahrsein meint hier, das Aufrechterhalten der Bewusstheit für die gegenwärtigen Erfahrungen und weist somit Nähe zum Bestimmungsstück „absichtsvolle Aufmerksamkeitslenkung“ aus der Definition Kabat-

Zinns auf, da das Aufrechterhalten der Bewusstheit bei der allgegenwärtigen Tendenz zur Aufmerksamkeitsdiffusion des Geistes stets willentlich, also absichtsvoll geschieht. Während der Begriff der Akzeptanz zwar zunächst einen Unterschied darzustellen schein, ist der Bezug zum „Hier und Jetzt“ in allen drei Definitionen eindeutig. Bei genauerer Betrachtung handelt es sich bei dem Begriff Akzeptanz jedoch um eine Erweiterung des Bestimmungsmerkmals „nicht wertend“, wie in Kapitel III.IV deutlich wird.

Unter Berücksichtigung dieser in der Fachliteratur geläufigen Begriffsdefinitionen kann Achtsamkeit also zusammengefasst werden als eine besondere Form der Aufmerksamkeitskontrolle, die den Wahrnehmungsfokus kontinuierlich auf das Erleben des gegenwärtigen Augenblicks richtet, ohne die Wahrnehmung zu kategorisieren oder zu bewerten.

II.III Achtsamkeitspraxis

Die Erkenntnis darüber, dass sich das Alltagsbewusstsein für gewöhnlich im Autopilotmodus befindet, die Aufmerksamkeit schwer steuerbar ist und Achtsamkeit einen Zustand darstellt, der immer wieder hergestellt werden muss, bildet den Ausgangspunkt dafür, dass im Laufe der Jahre zahlreiche Übungen entwickelt wurden, um Achtsamkeit zu trainieren. Für die Schulung von Achtsamkeit gelten dabei ähnliche Bedingungen, wie für andere erworbene Fähigkeiten (z.B. das Beherrschen eines Musikinstrumentes), die erst mit vermehrter Praxis stabiler werden (vgl. Germer 2009: 8). Ziel der Achtsamkeitspraxis ist es, den Zustand des Autopilotmodus zunehmend häufiger zu durchbrechen und stattdessen einen fortwährenden Zustand der Achtsamkeit zu entwickeln. „Jede Übung, die uns für den gegenwärtigen Augenblick mit Akzeptanz aufweckt, kultiviert Achtsamkeit. Beispiele sind etwa die Aufmerksamkeit auf den eigenen Atem zu lenken, auf umgebende Geräusche zu horchen, der Körperhaltung Aufmerksamkeit zu schenken u.s.w.“ (Germer, 2009: 30f.)

Während der Übungen wird die Aufmerksamkeit auf innere oder äußere Ereignisse des gegenwärtigen Augenblicks gelenkt, wie z.B. die Atmung, andere Körperempfindungen, Gedanken, Emotionen oder Geräusche. Innerhalb dieses Beobachtungsprozesses wird mit zunehmender Praxis die Fähigkeit einen achtsamen Zustand zu halten trainiert. Die dazugehörigen Techniken können unterteilt werden in formale und informelle Achtsamkeitspraxis.

II.III.I Formale Achtsamkeitspraxis

Formale Achtsamkeitspraxis besteht aus Übungen, denen zum Selbstzweck regelmäßig für einen bestimmten Zeitraum nachgegangen wird. Benötigt wird lediglich ein Objekt, auf das die Aufmerksamkeit für die Zeit der Übung absichtsvoll gerichtet werden kann. Ein klassisches Beispiel stellt die Atemmeditation dar. Bei dieser Form der Meditation wird der Wahrnehmungsfokus für einen bestimmten Zeitraum auf die Empfindungen beim Ein- und Ausströmen der Luft während des Atmens, das jederzeit und überall als Objekt der Achtsamkeit zur Verfügung steht, gerichtet. Das Ziel besteht nicht darin den Atem zu verändern oder zu kontrollieren, sondern nur das Vorhandene bewusst wahrzunehmen (vgl. Heidenreich/Michalak, 2003: 265; Berking/von Känel, 2007: 171). Der Atem soll so gut und lange wie möglich aufmerksam begleitet werden. Driftet die Aufmerksamkeit in Form von Gedanken ab, wird dies zur Kenntnis genommen, ohne es als „falsch“, „schlecht“ o.ä. zu bewerten (vgl. Knuf/Hammer, 2013: 19). Es wird lediglich registriert und die Aufmerksamkeit wird wieder auf die Atmung gelenkt. Ist sie dort einigermaßen stabil, kann die Aufmerksamkeit auf Wahrnehmungen des ganzen Körpers ausgedehnt werden. „Während weiterhin der Atem beobachtet wird, kommt das Erspüren des ganzen Körpers als Einheit hinzu“ (Michalak/Heidenreich, 2013: 133)

Die Atemmeditation wird in der Regel sitzend durchgeführt. Der Zeitraum ist hier variabel, jedoch wird empfohlen mit einer geringen Dauer von fünf bis zehn Minuten zu beginnen, da die Zeit, in der die Aufmerksamkeit gehalten werden kann anfangs in der Regel nur wenige Sekunden beträgt und dies eine frustrierende Wirkung auf

Übende haben kann. Der zeitliche Rahmen kann im Verlauf der Praxis ausgedehnt werden. Er beträgt z.B. zum Ende des Programmes der MBSR 45 Minuten (vgl. Meibert/Michalak/Heidenreich, 2013: 165). Die Aufmerksamkeit kann innerhalb der formalen Praxis auch auf andere Objekte als den Atem, wie z.B. sensorische Wahrnehmungen oder Gedanken und Emotionen gerichtet werden (vgl. Berking/von Känel, 2007: 171).

II.III.II Informelle Achtsamkeitspraxis

Informelle Achtsamkeitspraxis bietet die Möglichkeit Achtsamkeit im Alltag durch das regelmäßige Unterbrechen des Autopilotmodus zu kultivieren. Indem die Wahrnehmung absichtsvoll in Übereinstimmung mit der aktuell ausgeführten Tätigkeit gebracht wird und somit mit Bewusstheit und geistiger Präsenz verrichtet wird, wird die Autopilotfunktion unterbrochen (vgl. Michalak/Heidenreich, 2013: 133). Die Möglichkeiten informelle Achtsamkeit zu praktizieren sind zahlreich, da alle Tätigkeiten des Alltags (z.B. Gehen, Essen, Duschen etc.) mit einer achtsamen Haltung verrichtet werden können. Dazu gehört, sich für die Dauer der Tätigkeit oder Übung der Sinneswahrnehmungen im jeweiligen Moment bewusst zu werden, also z.B. beim Abwaschen die Wassertemperatur wahrzunehmen oder das Gewicht des Tellers zu spüren etc.. Der achtsame Zustand soll auch hier möglichst lange gehalten werden, bzw. soll der Wahrnehmungsfokus sobald die Aufmerksamkeit verloren geht und dies registriert wird, wieder auf die Tätigkeit gelenkt werden. Ziel der informellen Übungen ist es, Achtsamkeit nach und nach auf alle alltäglichen Verrichtungen auszudehnen.

III Effekte der Achtsamkeitspraxis

Dass Achtsamkeitspraxis zunehmend Einzug in den psychotherapeutischen und mittlerweile auch in den psychiatrischen Alltag erhält, ist wie erwähnt vor allem Jon Kabat-Zinn zu verdanken. Das von ihm entwickelte acht wöchige Programm zur

Stressbewältigung, die MBSR, besteht aus einer Reihe von formalen und informellen Achtsamkeitsübungen und zeigte in verschiedenen Evaluationsstudien positive Ergebnisse hinsichtlich seiner Wirksamkeit für unterschiedliche Indikationsbereiche. Diese positiven Ergebnisse führten dazu, dass weitere Therapieformen entwickelt wurden, die Achtsamkeitspraxis als Methode implementieren. Diese sind z.T. störungsspezifisch, wie z.B. die eingangs erwähnte MBCT für die Behandlung von Depression, die Mindfulness Based Relapse Prevention (MBRP) für die Behandlung zur Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeiten oder der DBT zur Behandlung der Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (vgl. Knuf/Hammer, 2013: 26f.). Auch wenn sich die Störungsbilder der aufgeführten psychischen Erkrankungen voneinander unterscheiden, beziehen sich die Behandlungsansätze auf ähnliche Effekte der Achtsamkeitspraxis (ebd., 2013: 30). Die zentralen Effekte regelmäßiger Achtsamkeitspraxis sind:

1. Schulung der Aufmerksamkeitsausrichtung
2. Disidentifikation
3. Veränderung des mentalen Modus
4. Verbesserung der Körperwahrnehmung
5. Akzeptanz

Im folgenden sollen diese Effekte kurz beschrieben werden, wobei „Akzeptanz“ ein gesondertes Kapitel erhält, da dieser Effekt wie bereits erwähnt gleichzeitig eine Erweiterung des Achtsamkeitskonzeptes und im klinischen Kontext ein Konzept für sich darstellt.

III.I Schulung der Aufmerksamkeitslenkung

Eine zentrale Annahme der Behandlungsansätze, die Achtsamkeit als Methode anwenden, ist, dass Verarbeitungs- und Reaktionsmuster, denen im Autopilotmodus, nachgegangen wird automatisiert und somit starr und unflexibel sind. Sie beziehen

sich auf vergangene Erfahrungen und alte Bewertungsmuster, sodass ein der jeweiligen Situation neu angepasstes Verhalten behindert wird (vgl. Heidenreich/Michalak, 2003: 265). Aus einer achtsamen Haltung heraus werden aktuelle Erlebnisse dagegen mit einem Anfängergeist betrachtet, d.h. jede Situation wird in ihrer Einzigartigkeit erfahren und als neu erlebt, auch wenn es sich dabei z.B. um den alltäglichen Weg zur Arbeit handelt. „Im Modus der Achtsamkeit agiert und reagiert der Geist jederzeit frisch auf die verschiedensten Erfahrungen, statt bloß sozusagen „geistlos“ nur auf Fragmente einer Erfahrung mit alten, stereotypen habitualisierten Mustern anzuspringen“ (Segal/Teasdale/Williams, 2012: 85) Wird Achtsamkeit regelmäßig praktiziert, schult es die Fähigkeit, die Aufmerksamkeit absichtsvoll zu lenken. Hieraus entsteht die Möglichkeit aus Gedankenketten, die sich mit der Vergangenheit oder Zukunft beschäftigen, auszusteigen. Dies mag zunächst unwesentlich erscheinen, gewinnt allerdings im Zusammenhang mit psychischen Störungen wie z.B. Depressionen, die sich u.a. durch die Neigung zu Rumination auszeichnen, an großer Bedeutung (vgl. Weiss/Harrer, 2010: 16).

III.II Disidentifikation

Achtsamkeit zu praktizieren bedeutet, Gedanken, Gefühle und andere externe oder interne Stimuli aus einer Metaperspektive wahrzunehmen, die auch der „innere Beobachter“ genannt wird (vgl. Knuf/Hammer, 2013: 33). Diese Perspektive erlaubt es z.B., das Abdriften der Gedanken während einer Achtsamkeitsübung zu bemerken und aus der Gedankenkette auszusteigen, da sie die mentalen Ereignisse aus einer über diesen stehenden Perspektive überwacht. Sie zeichnet sich dadurch aus, dass das innere Erleben wie Gedanken als Produkte der Kognitionen erkannt und beobachtet werden können, ohne sich mit den Inhalten zu identifizieren. „Der Denkende wird vom Gedanken, der Fühlende vom Gefühl, der Erfahrende von der Erfahrung differenziert.“ (Weiss/Harrer, 2010: 16) Gedanken und Emotionen, die im Moment auftreten können aus einer gewissen Distanz als Ereignisse ohne besonderen Wirklichkeitsgehalt gesehen werden. „Die Gedanken verlieren an

Gewicht. Sie sollen nicht gewichtiger sein als der Gedanke: das Gras ist grün.“ (Heidenreich/Michalak, 2003: 268). Das mentale Ereignis „Ich habe gerade den Gedanken „Jetzt brauche ich einen Schluck Cognac!““ kann somit als Gedanke erkannt werden im Gegensatz zum mentalen Ereignis „Ich brauche jetzt einen Schluck Cognac“, der eine Identifikation mit dem Gedanken einschließt (vgl. Heidenreich/Mudde/Michalak, 2013: 154). Regelmäßige Achtsamkeitsschulung kann dazu beitragen diese Metaperspektive im Alltag zunehmend zu halten, da sie in Form des „inneren Beobachters“ erfahrbar wird. „Achtsamkeit schult das Gehirn darin, das Auftreten von Gefühlen und Gedanken in Aktion zu erleben und dabei beobachtend verweilen zu können.“ (Knuf/Hammer, 2013: 34) Dieser zentrale Effekt wird auch als „kognitive Defusion“, „Observing Self“, „metacognitive awareness“ oder Meta-Kognition bezeichnet (vgl. ebd., 2010: 16). Aus dieser Perspektive kann ein Bewusstsein darüber geschaffen werden, worauf die Aufmerksamkeit gerichtet ist, wenn sie von den gegenwärtigen Erlebnissen abdriftet. Mit zunehmender Stabilität und Erfahrung des inneren Beobachters können durch systematisches Observieren der Inhalte mentaler Ereignisse die formalen Vorgänge dieser ins Zentrum des Wahrnehmungsfokus gerückt werden (Segal/Teasdale/ Williams, 2012: 92).

III.III Veränderung des mentalen Modus

Der Autopilotmodus ist oft geprägt von einem Modus des Tuns (doing mode). Dieser zeichnet sich durch eine starke Zielorientierung aus, indem im gegenwärtigen Moment schon auf die Zukunft bezogene Handlungen initiiert werden und ein ständiger Vergleich zwischen einem Ist- und einem Soll-Zustand stattfindet. Die Gegenwart dient in diesem Modus lediglich dem Erreichen des Soll-Zustandes und ist dann tendenziell defizitär (Knuf/Hammer, 2013: 297). In einem Modus des Tuns wird z.B. dem Impuls die Sitzposition zu verändern, sobald sie unbequem erscheint unmittelbar und automatisch nachgegeben. Aus einer achtsamen Haltung heraus, die von einem Modus des Seins (being mode) geprägt ist, wird dieser Impuls jedoch zunächst nur wahrgenommen. „Achtsamkeit ist mit einem bestimmten Modus des

Seins verbunden: Dieser besteht in einem rezeptiven Beobachten und Gewahrsein dessen, was innen und außen im gegenwärtigen Moment vorgeht. Automatische Reaktionen auf der Handlungsebene werden unterlassen, ihre Impulse aber beobachtet.“ (Weiss/Harrer, 2010: 15) Automatisch ablaufende Reaktionsmuster können somit unterbrochen und Impulsen zur Handlung Zeit gegeben werden (vgl. Knuf/Hammer, 2013: 54).

III.IV Verbesserung der Körperwahrnehmung

Viele Achtsamkeitsübungen bedienen sich der Körperempfindungen, da sie einen leichten Zugang zum gegenwärtigen Moment bieten und stets als Objekte für die absichtsvolle Aufmerksamkeitslenkung zur Verfügung stehen. Ein Beispiel stellt die Atemmeditation dar, wie sie in Kapitel II.III.I bereits beschrieben wurde, aber auch alle informellen Übungen beziehen stets Wahrnehmungen des Körpers mit ein. Ein Effekt regelmäßiger Achtsamkeitspraxis ist, dass durch das vermehrte Beobachten dieser körperlichen Empfindungen (z.B. Kleidung an der Haut) die Körperwahrnehmung allgemein verbessert wird. Diese Fähigkeit kann dabei helfen körperliche Signale für z.B. Stress früher und klarer wahrzunehmen (Meibert/Michalak/Heidenreich, 2013: 170).

IV Akzeptanz

Das Konzept der Achtsamkeit hängt unmittelbar mit dem der Akzeptanz zusammen. Es stellt sowohl eine Erweiterung der nicht-wertenden Haltung dar, als auch einen möglichen Effekt regelmäßig praktizierter Achtsamkeit. Der Begriff Akzeptanz stammt vom lateinischen Wort „accipere“ ab und kann übersetzt werden mit „empfangen, was gegeben wird“. Es ist zu verstehen als das nichtbewertende Wahrnehmen von äußeren und inneren Ereignissen des gegenwärtigen Moments mit einer fast wissenschaftlich neutralen Offenheit und die daraus folgende Annahme dieser Gegebenheiten (vgl. Knuf, 2013: 50 f.; Germer, 2009: 21). In der psychotherap-

eutischen und psychiatrischen Praxis bedeutet dies sowohl für Therapeuten, besonders aber für Patienten, in der Regel, auch belastende Situationen, Gedanken und Gefühle sowie schwerwiegende Symptome wie z.B. Angstzustände anzunehmen, ohne ihnen Widerstand zu leisten. Dieses Annehmen der belastenden Ereignisse bedeutet jedoch nicht passives Hinnehmen oder Resignieren, es bedeutet zunächst die Bereitschaft, gegebene Umstände ohne einen Filter wahrzunehmen und Realitäten anzuerkennen (vgl. Heidenreich/Michalak, 2006: 236). „Es meint, die gegenwärtige Situation zunächst so anzuerkennen, wie sie ist, und innerlich zu sagen: „Ja, so ist es gerade“ statt „Nein, so will ich es nicht“.“ (Knuf, 2013: 50)

Eine zentrale Annahme achtsamkeitsbasierter und achtsamkeitsorientierter Behandlungsansätze besteht darin, dass der Widerstand in Form von einem Nicht-Annehmen schwieriger Lebenssituationen zu einem inneren Kampf führt, der vielen Patienten einen großen Teil ihrer Energie zur Bewältigung ihres Alltags entzieht. Oft besteht dieser Kampf darin, einen bestimmten Ist-Zustand (z.B. Angstzustand) möglichst unmittelbar in einen Soll-Zustand (angstfreier Zustand) zu überführen. Die ständigen Versuche diesen Soll-Zustand herbeizuführen und das Fehlschlagen dieser Versuche können zu Verzweiflung führen. „Menschen resignieren nicht, weil sie ihre Situation annehmen, sondern sie resignieren, weil sie ihre Situation nicht akzeptieren können und ihre Versuche, diese zu verändern, fehlgeschlagen sind. Resignation ist oft die Folge eines Festhaltens an einer nicht zu ändernden Situation.“ (Knuf, 2010: 242)

Annahme und Akzeptanz stellen hier eine hilfreiche Alternative zu diesem inneren Kampf dar, indem sie die Möglichkeit bieten, den Spannung erzeugenden Widerstand loszulassen. Dies mag zunächst paradox erscheinen, da Patienten sich zumeist in psychotherapeutische Behandlung begeben, um belastende Umstände zu verändern, jedoch stellt Akzeptanz einen wirksamen Faktor für Veränderung dar indem er ein Klima schafft, das diese erst ermöglicht (Knuf/Hammer, 2013: 36). Hier wird der Wandel innerhalb des Entwicklungsprozesses der VT, deren Ansätze vornehmlich darauf ausgerichtet sind Veränderungen zu bewirken, besonders deutlich. Auch wenn dies weiterhin Ziel verhaltenstherapeutischer Interventionen ist, werden diese hier um einen wesentlichen Schritt auf dem Weg dorthin ergänzt, denn Akzeptanz geht

einer Verhaltensänderung voraus (vgl. Germer, 2009: 21). Auf welche Weise hier Veränderung erst ermöglicht wird, soll im folgenden am Beispiel des Effektes von Akzeptanz auf das Phänomen der Erfahrungsvermeidung untersucht werden.

IV.I Erlebnisvermeidung

Eine Gemeinsamkeit der kognitiv behavioralen Verhaltenstherapie und der buddhistischen Psychologie ist die Annahme, dass unangenehme Erfahrungen unausweichlicher Bestandteil menschlichen Lebens sind und die Neigung, zu vermeiden was als unangenehm empfunden wird (z.B. Stressauslösende Situationen, tabuisierte Gedanken oder ungewollte Emotionen) eine Ursache für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Leid darstellt (vgl. Germer, 2009: 28; Knuf/Hammer, 2013: 28). Diese Neigung, die als Erfahrungs- oder Erlebnisvermeidung bezeichnet wird, lässt sich daher auch bei einer Vielzahl psychischer Störungen als Beispiel für dysfunktionale Bewältigungsstrategien vorfinden. Aber auch Individuen ohne psychische Beeinträchtigung bedienen sich dieser Vermeidungsstrategien, wenn sie versuchen innere Erlebnisse, die als negativ oder unangenehm bewertet werden, loszuwerden oder zu unterbinden. „Die Funktion der Vermeidung von Erfahrungen besteht darin, den Einfluss aversiver innerer Erlebnisse zu kontrollieren bzw. zu minimieren.“ (Eifert, 2013: 83) Ist jemand z.B. verschuldet und öffnet die Mahnschreiben der Gläubiger nicht, handelt es sich um eine solche Strategie. Sie ist dysfunktional, weil dieses Verhalten eher zu einer Verschärfung der Situation als zu einer Problemlösung führt (Knuf, 2010: 242).

Ähnlich verhält es sich mit dem Unterdrücken unangenehmer Gedanken und Emotionen. Eine Flucht vor diesen inneren Erlebnissen in Form von einer absichtlichen Verschiebung des Aufmerksamkeitsfokus auf andere Erfahrungen führt zwar unmittelbar, jedoch nur kurzfristig zu einer Verbesserung der Situation. Diese kurzfristige Linderung verstärkt allerdings das Vermeidungsverhalten und es wird somit beibehalten. Die unterdrückten Gedanken, Erinnerungen, Gefühle etc. tauchen allerdings unweigerlich oft sogar in ausgeprägterer Form wieder auf, sodass eine

kontinuierliche Verschiebung des Aufmerksamkeitsfokus, also eine fortdauernde Aufmerksamkeitskontrolle stattfindet, um das ungewollte Erleben zu vermeiden (vgl. Sonntag, 2013: 25). Diese ständige Kontrolle und der Kampf gegen die aversiven inneren Erlebnisse können die Funktionsfähigkeit im Alltag erheblich einschränken. „Irgendwann wird viel Zeit und Energie dafür verwendet, persönliche Erfahrungen und negative Gefühle loszuwerden.“ (Knuf/Hammer, 2013: 40)

IV.II Akzeptanz als Alternative zur Erlebnisvermeidung

Wie zuvor erwähnt sind aversive Erfahrungen im menschlichen Leben unvermeidlich, der Kampf gegen diese Erfahrungen und die Flucht davor jedoch oft Ursache für zusätzliches Leid. „Rigide und unflexible Versuche, ungewollte private Ereignisse zu unterdrücken und zu kontrollieren, sind weitestgehend ineffektiv und können zu mehr (nicht zu weniger) ungewollten Gedanken und Emotionen führen.“ (Eifert, 2013: 85) Das Konzept der Akzeptanz bietet eine Möglichkeit Erfahrungsvermeidungsstrategien aufzugeben, indem es sich als alternative funktionale Bewältigungsstrategie anbietet.

Aus einer achtsamen Haltung heraus können diese Vermeidungsstrategien durch die Beobachtung von Handlungsimpulsen als solche zum einen enttarnt werden, zum anderen lädt diese Haltung dazu ein bei der aversiven Erfahrung zu verweilen, sie nicht zu bewerten und vor allen Dingen im Sinne des Akzeptanzkonzeptes sie als vorhandene Erfahrung anzuerkennen, d.h. sie nicht zu verleugnen. „Sowohl angenehme als auch unangenehme Empfindungen sollen achtsam betrachtet werden, ohne sie verstärken oder festhalten bzw. vermeiden oder wegdrängen zu wollen.“ (Heidenreich/Michalak, 20003: 266) Mit dem Verweilen bei dieser inneren Erfahrung bietet sich die Gelegenheit, diese als z.B. ein unangenehmes Gefühl wie Scham oder Angst zu identifizieren und zunächst nichts weiter damit zu tun, als es zu beobachten mit einer Absicht der Absichtslosigkeit, also auch nicht vor dem Erleben dieses Gefühls fliehen zu wollen. Anstatt also gegen diese Erfahrung anzukämpfen, wird ihr erlaubt da zu sein. Daraus ergibt sich der wesentliche Effekt, zu erfahren,

dass Emotionen und Gedanken sich ständig verändern und nicht von Dauer sind.

Die Akzeptanz der als unangenehm bewerteten Erfahrungen schließt auch ein, dysfunktionales Verhalten zunächst als solches anzunehmen. Mit dieser Annahme können sich jedoch andere besser funktionierende Handlungsmöglichkeiten erschließen und Energie, die vorher eingesetzt wurde, um Erfahrungen zu vermeiden steht für alternative Bewältigungsstrategien zur Verfügung (Germer, 2009: 114). Regelmäßiges Achtsamkeitstraining kann somit die Bereitschaft Erfahrungen zuzulassen vergrößern, zumindest aber bietet es eine Handlungsalternative und die Wahl auf diese Erfahrungen entweder mit gewohnten dysfunktionalen Mustern zu reagieren oder das innere Erleben und die dazugehörigen Impulse, die für diese Muster verantwortlich sind, erst einmal wahrzunehmen und ihnen dadurch schon entgegenzuwirken.

Die ACT nutzt diesen Effekt der Achtsamkeit bei der Behandlung unterschiedlicher Störungsbilder wie z.B. Angststörungen, um die Bereitschaft für Expositionsverfahren zu vergrößern (Sonntag, 2013: 29). Ein weiterer Behandlungsansatz, der das Konzept der Akzeptanz als elementare therapeutische Intervention nutzt, ist die DBT. Bevor diese Therapieform, die für die Behandlung von weiblichen Personen mit BPS entwickelt wurde, im Rahmen dieser Arbeit vorgestellt wird, soll zunächst das Störungsbild der BPS selbst beschrieben werden.

V Die Borderline Persönlichkeitsstörung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung stellt einen schwerwiegenden Subtyp der Persönlichkeitsstörungen dar und betrifft etwa zwei Prozent der Bevölkerung, wobei ca. 70% der Betroffenen weiblich sind. Es handelt sich hierbei um ein komplexes psychiatrisches Krankheitsbild mit einer Reihe unterschiedlicher Symptome, deren Kernproblematik, wie es heute scheint zum großen Teil rückführbar ist auf eine Störung der Affekt- und Emotionsregulation sowie eine verzerrte Wahrnehmung des Selbstbildes und einer Störung des interpersonellen Verhaltens (Bohus/Schmahl, 2006: A3345). Zur Diagnostik dieses Krankheitsbildes müssen zunächst alle Kriterien

nach DSM IV für eine Persönlichkeitsstörung erfüllt sein und fünf von neun Kriterien für die BPS als spezifische Form der Persönlichkeitsstörung.

V.I Diagnostische Kriterien für die BPS nach DSM-IV

Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in den zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Die Störung beginnt im frühen Erwachsenenalter und zeigt sich in verschiedensten Situationen, mindestens 5 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

- 1) Verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden (ausgeschlossen sind suizidale oder selbstverletzende Handlungen, die gesondert in Kriterium 5 enthalten sind).
- 2) Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
- 3) Identitätsstörung: andauernde und ausgeprägte Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
- 4) Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (z.B. Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Fressanfälle“, kein selbstverletzendes oder suizidales Verhalten wie in Kriterium 5 beschrieben)
- 5) Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen, oder Selbstverletzungsverhalten.
- 6) Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung wie 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, Wut oder Ärger zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernder Ärger oder wiederholte

körperliche Auseinandersetzungen).

- 9) Vorübergehende, durch Belastung ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

V.II Störungsbereiche

Die aufgeführten diagnostischen Kriterien können sich in ihrem Auftreten, der Intensität und Ausprägung individuell unterscheiden und im zeitlichen Verlauf variieren. Auf ihnen aufbauend lässt sich die Symptomatik der BPS zunächst in fünf Störungsbereiche aufteilen.

1. Störungsbereich Affektregulation
2. Störungsbereich Selbstbild/Selbstwahrnehmung
3. Störungsbereich zwischenmenschliche Beziehungen
4. Störungsbereich kognitive Funktionsfähigkeit
5. Störungsbereich Verhaltensebene (vgl. Bohus, 2002: 6f)

V.II.I Störungsbereich Affektregulation

Charakteristisch für die BPS ist vor allem, dass die Betroffenen große Schwierigkeiten haben ihre Affekte und Emotionen zu regulieren. Dies führt dazu, dass sie emotional sehr heftig auf kleinste Reize reagieren können (vgl. Linehan, 2006: 9). Die Ursache für diese „Überreaktionen“ liegt zum einen in der niedrigen Spannungstoleranz der Betroffenen, wobei das Erregungsniveau ausgesprochen hoch ist, und zum anderen in der Schwierigkeit einen gesteigerten Spannungszustand auszuhalten sowie auf ein normales Spannungsniveau zurückzukehren. Zu einem solchen Spannungsanstieg kommt es in der Regel sehr schnell und unmittelbar und die Betroffenen registrieren ihn oft erst, wenn sie sich bereits am Höhepunkt dieses Erregungsprozesses befinden. Fast alle Personen, die die Kriterien für eine BPS erfüllen berichten davon, mehrmals täglich unter solchen starken aversiven Zuständen, die über mehrere Stunden andauern können, zu leiden (vgl. Bohus, 2002: 7). In diesem

Zusammenhang kommt es bei diesem Störungsbild häufig zu dissoziativen Symptomen mit eingeschränkter Realitätswahrnehmung. Da dieser Zustand wie bereits erwähnt für die Betroffenen nur schwer auszuhalten ist, versuchen sie ihn schnellst möglich zu beenden, ohne mögliche negative Konsequenzen zu berücksichtigen. „Zahlreiche dysfunktionale Verhaltensmuster wie z.B. Selbstverletzungen, werden als Bewältigungsversuche dieser Anspannungsphänomene eingesetzt“ (ebd., 2002: 6). Da diese Bewältigungsmechanismen kurzfristig zu einer Linderung führen, führt dies aus lerntheoretischer Perspektive dazu, dass diese dysfunktionalen Strategien verstärkt werden. Begünstigt wird die niedrige Spannungstoleranz außerdem durch eine andauernd erhöhte emotionale Vulnerabilität der Betroffenen (vgl. Linehan, 2006: 51) „Dementsprechend liegt das Problem von Borderline-Patientinnen in der Regulierung des gesamten mit der Emotion zusammenhängenden Reaktionsmusters.“ (ebd., 2006: 51). Dies führt dazu, dass die Betroffenen oft zu impulsiven Handlungen neigen, die sich ihrer Kontrolle entziehen, da sie unter diesen Umständen in der Regel nicht dazu in der Lage sind ihre Reaktionsweise zu beeinflussen. „Auch gut geplante, offensichtlich funktionale Bewältigungsstrategien können dann scheitern, wenn sie von emotional-en Reizen unterbrochen werden.“ (ebd., 2006: 52)

Relevant ist zudem, dass die Betroffenen unter starker Anspannung oft nicht in der Lage sind, ihre Gefühle (z.B. Wut, Angst, etc.) differenziert wahrzunehmen und sie zu benennen. „Vielmehr erleben die Patientinnen „überflutenden Emotionen“, „Gefühlswirrwarr“ oder zeitgleich sehr unterschiedliche, widersprüchliche Gefühle.“ (Bohus, 2002: 8) Neben diesen erhöhten Erregungszuständen lassen sich auch Episoden finden, die durch emotionale Taubheit, also ein gänzlich Fehlen von Gefühlswahrnehmungen, gekennzeichnet sind. Wissenschaftliche Arbeitsgruppen sehen derzeit in der Fehlregulation der Affekte das Kernproblem der BPS (vgl. Bohus/Schmahl, 2006: A3345).

V.II.II Störungsbereich Selbstbild

Ein weiteres klinisches Symptom der BPS stellt das von Betroffenen oft beschriebene Fehlen eines stabilen Identitätsgefühls und Selbstkonzeptes dar. Dies kann sich konkret äußern in Unbeständigkeiten bezüglich der Berufswahl, der sexuellen Orientierung oder klarer Lebenszielen. „Auf der phänomenologischen Ebene berichten ca. 70% aller Patientinnen, dass sie kein sicheres Gefühl dafür hätten „wer sie wirklich seien““ (vgl. Bohus, 2002: 7). Die Identität wird bei Personen, die die Kriterien für die BPS erfüllen, oftmals vielmehr von dem aktuellen Moment und der aktuellen Situation, in der sich die betroffene Person befindet, bestimmt und kann daher nicht stabil sein, sondern bleibt unvorhersagbar und flexibel. Dabei dient die gegenwärtige Umgebung als Bezugsrahmen, an den sich Personen mit BPS fortwährend immer wieder neu anpassen (vgl. Linehan, 2006: 28). „Sie neigen daher dazu, ihre Umgebung ständig nach Richtlinien dafür abzusuchen, wie sie sein sollten und was sie denken und fühlen sollten.“ (ebd., 2006: 28) Grund hierfür ist u.a. der Wunsch nach Integrität und Zugehörigkeit, der überdies dazu führen kann, dass eigene Vorlieben, Wünsche und Meinungen, die zum Entstehungsprozess eines stabilen Selbstkonzeptes nötig sind, unterdrückt oder gar nicht erst entwickelt werden. Aus dieser Störung der eigenen Identität resultiert das von Borderline-Persönlichkeiten nicht selten beschriebene Gefühl der Leere. Charakteristisch für das Störungsbild der BPS ist außerdem die negative Bewertung der eigenen Person und des Körperbildes (vgl. ebd., 2006: 9).

V.II.III Störungsbereich zwischenmenschliche Beziehungen

Die für die BPS charakteristische interpersonelle Fehlregulation zeichnet sich vor allem durch unangemessen intensive, chaotische und unbeständige Beziehungsgestaltungen aus. Im Vordergrund stehen hierbei Schwierigkeiten in der Regulation von Nähe und Distanz. So trägt der bereits beschriebene fehlende Identitätssinn dazu bei, dass Borderline-Persönlichkeiten angewiesen sind auf Richtlinien aus der Umgebung, um ein Selbstbild zu formen. Durch die Abwesenheit von Personen auf die sie sich beziehen können, kann es dazu kommen, dass Betroffene das Gefühl für ihre eigene Existenz verlieren. Hieraus resultieren die für das Störungsbild

charakteristische Unfähigkeit alleine zu sein und die ständige Angst vor einem realen oder vermuteten Verlassenwerden, das sie verzweifelt zu verhindern versuchen (vgl. Bohus, 2002: 7).

Da die BPS oft einhergeht mit einer schlecht ausgeprägten intrapsychischen Repräsentanz wichtiger Bezugspersonen, führt bereits die physische Abwesenheit dieser zu einer Verwechslung der Abwesenheit mit manifester Verlassenheit, sodass sie versuchen diese Person permanent an sich zu binden. Gleichzeitig kann eine so entstandene Nähe dazu führen, dass Betroffene aus Angst, Schuld oder Scham mit Zurückweisung und Distanziertheit reagieren.

Das im Zusammenhang mit der BPS beschriebene „Splitting“ meint die Unfähigkeit zwei gegensätzliche Standpunkte zu einer Synthese zu vereinen (vgl. Linehan, 2006: 27). Vielmehr wechseln Betroffene stets zwischen diesen Positionen hin und her. „Sie neigen dazu, die Wirklichkeit in einem sehr begrenzten Bezugsrahmen einander entgegengesetzter Kategorien von „entweder - oder“ wahrzunehmen anstatt „alles zugleich“. (ebd., 2006: 27) Dieses dichotome Denken (schwarz-weiß Denken) führt dazu, dass auf eine vorhergegangene Idealisierung einer Person durch ein Fehlverhalten dieser die Entwertung folgt.

Die bereits aufgeführten Schwierigkeiten der Affektregulation führen besonders in konflikthaften Situationen zu weiteren interpersonellen Schwierigkeiten. Viele Betroffene erleben zudem bereits im Kindes- und Jugendalter ein Gefühl der Abgetrenntheit und mangelnder Dazugehörigkeit. „Das Gefühl „anders zu sein als alle anderen“, „isoliert und abgeschnitten“ von der Welt und der Wirklichkeit, dabei „einsam, verlassen und unberührt zwischen allen anderen“ zu existieren ist sicherlich eine grundlegende Wahrnehmung von Patientinnen mit BPS.“ (Bohus, 2002: 7)

V.II.IV Störungsbereich kognitive Funktionsfähigkeit

In diesen Störungsbereich fällt zum einen das bereits aufgeführte dichotome Denken, das allgemein als eine Verzerrung der Realität aufgefasst werden kann und wie die verzerrte Wahrnehmung des eigenen Selbst bezeichnend für das Beschwerdebild der BPS ist. „Es gibt viele klinische Befunde, die darauf hindeuten, dass Borderline-

Patientinnen Ereignisse kognitiv verzerren, indem sie ihre Aufmerksamkeit bestimmten Dingen selektiv zuwenden, Ereignisse überhöhen und übertreiben, unveränderliche Rückschlüsse ziehen, und die Welt nach einem dichotomen, schwarzweiß Muster betrachten.“ (Linehan, 2006: 267)

Pseudopsychotische Symptome wie die als ichdyston erlebten Pseudohalluzinationen und paranoides Denken mit überzogenem Misstrauen lassen sich des weiteren ebenso zu diesem Störungsbereich zählen wie dissoziatives Erleben, das bei einem Großteil der betroffenen Personen unter hoher Belastung auftritt (vgl. Bohus, 2002; 8). Wie bei allen anderen Störungsbereichen, zeigt sich auch hier eine wechselseitige Beeinflussung mit dem Störungsbereich der Affektregulation, da sowohl kognitive Inhalte Einfluss auf das emotionale Erleben haben als auch Emotionen Auswirkungen auf die kognitiven Inhalte. „Emotionale Zustände führen zu einer Verzerrung von Interpretationen, Phantasien, Projektionen, freien Assoziationen, persönlichen Vorhersagen und sozialen Urteilen in Richtung der aktuellen Stimmung. Bei großer emotionaler Erregung findet eine selektive Aufmerksamkeitsausrichtung bezüglich der Umwelt (und des Therapeutenverhaltens) statt, so daß mit der aktuellen Emotion übereinstimmende Handlungen und Ereignisse eher wahrgenommen werden als andere Aspekte.“ (Linehan, 2006: 34) Auch kurze, nicht-psychotische Formen von Gedankendysregulationen wie Dissoziation oder Depersonalisation können durch belastende Situationen hervorgerufen werden. Neben Auffälligkeiten des Verhaltens und Erlebens lassen sich heute auch strukturelle und funktionelle Veränderungen zentraler fronto-limbischer Regulationsmechanismen nachweisen (vgl. ebd., 2006: 36).

V.II.V Störungsbereich Verhalten

Auf der Verhaltensebene tritt vor allem para- und suizidales Verhalten in den Vordergrund, sowie jegliches selbstschädigendes und selbstverletzendes Verhalten, das unter Borderline-Patienten weit verbreitet ist und zumindest bei 70-80% der weiblichen Betroffenen in der Vorgeschichte aufzufinden ist (vgl. Bohus, 2002: 9). „Etwa 80 Prozent aller Borderline-Patienten berichten zumindest über einen, die

meisten über mehrere Versuche, sich gezielt das Leben zu nehmen. Etwa acht Prozent der Betroffenen sind in dieser Hinsicht leider „erfolgreich“ (Bohus/Schmahl, 2006: A3347) Das Risiko für die Durchführung suizidaler Handlungen wird erhöht durch direktes selbstschädigendes Verhalten wie z.B. das Zufügen von oberflächlichen oder tiefen Schnittwunden, Verbrennungen, Schlägen, oder auch das Schlucken von Scherben o.ä.. Indirekt potentiell selbstschädigendes Verhalten beinhaltet riskante Handlungen, die nicht unmittelbar zu einem körperlichen Defekt führen wie z.B. Substanzmissbrauch oder schnelles rücksichtsloses Autofahren, Balancieren auf Baukränen u.ä. (vgl. Bohus, 2002: 9).

Die aufgeführten Verhaltensweisen können zum einen als Impulshandlungen aus der Affektregulationsstörung resultieren, sie stellen zumeist aber zudem den Versuch dar, aversive Erregungszustände zu beenden und negative Emotionen zu bewältigen. Auch wenn der genaue Mechanismus nicht bekannt ist, geben Personen, die sich im Kontext der BPS selbst Schnittwunden zufügen, wiederholt an, dass sie damit eine Reduktion der aversiven Zustände herbeiführen und somit Entlastung erfahren (vgl. ebd., 2002: 9; Linehan, 2006: 46). So kann auch durch Substanzmissbrauch oder selbstherbeigeführtes Erbrechen ein ähnlicher Effekt erzielt werden und als Bewältigungsversuch fungieren.

Suizidales und parasuizidales Verhalten sowie Suiziddrohungen führen in der Regel zu verstärkter Hilfsbereitschaft seitens der Umgebung, was wiederum wichtig für das betroffene Individuum sein kann, um negative Emotionen zu reduzieren (vgl. Linehan, 2006: 40). Da die beschriebenen Handlungsweisen somit kurzfristig zu einer Besserung führen zu scheinen, entwickeln sie sich zu erlernten Reaktionsmustern auf negativ konnotierte Emotionen (vgl. Bohus, 2002: 9). „Lerntheoretisch betrachtet, können die beschriebenen Verhaltensmuster als Methoden zur Reduktion aversiver Spannungszustände oder schwerer dissoziativer Phänomene gesehen werden, was im Sinne der instrumentellen Konditionierung als negative Verstärkung zu werten ist.“ (ebd., 2002: 9) Die Störung der Affektregulation, die zu den emotionalen Erregungszuständen führt, ist demnach sowohl das Problem das die betroffene Person zu lösen versucht, als auch die Ursache weiterer Schwierigkeiten (vgl. Linehan, 2006: 45). So kann z.B. Substanzmissbrauch als regelmäßig eingesetzter

Bewältigungsversuch zu einer Substanzabhängigkeit führen und sich somit als komorbide Störung manifestieren. Erhöht wird dieses Risiko außerdem durch die Unfähigkeit unangepasste stimmungsabhängige Handlungen zu unterlassen, was definitionsgemäß Teil des Borderline-Syndroms ist (Linehan, 2006: 43).

V.III Ätiologie

Die Ursachen für die Entstehung der BPS sind noch nicht abschließend erforscht. Es liegen aus den unterschiedlichen Denkrichtungen unterschiedliche Erklärungskonzepte vor. So nehmen z.B. psychoanalytische Ansätze an, dass es vor allem eine misslungene Entwicklung der Objektkonstanz in der frühen Kindheit ist, die zu einer Manifestation dieses Störungsbildes führt.

Die vielen uneinheitlichen Forschungsergebnisse lassen darauf schließen, dass die Entstehung dieses komplexen Störungsbildes von mehr als nur einem Faktor beeinflusst wird. Für das im Rahmen der hier vorliegenden Arbeit behandelte Thema sind zwei sich ergänzende multidimensionale Konzepte besonders interessant: das neurobehaviorale Entstehungsmodell nach M. Bohus und das biosoziale Modell nach Millon und Linehan. Beide Ansätze gehen von einer wechselseitigen Beeinflussung (neuro)biologischer und (psycho)sozialer Faktoren aus und begreifen die Störung der Affektregulation bzw. die emotionale Dysregulation zudem als zentrales Merkmal der BPS (vgl. Linehan, 2006: 32; Bohus, 2002: 14).

V.III.I Das neurobehaviorale Störungsmodell

Dem neurobehavioralen Modell nach M. Bohus liegt wie bereits erwähnt zugrunde, dass bestimmte psychosoziale Faktoren in wechselseitiger Beeinflussung mit bestimmten neurobiologischen Faktoren die Entwicklung einer BPS zur Folge haben können. Als empirisch belegte begünstigende psychosoziale Faktoren (Risikofaktoren) gelten zum einen frühe traumatische Erfahrungen körperlicher Gewalt und sexuellen Missbrauchs, von dem ca. 60% der weiblichen Patienten berichten, sowie eine frühe Vernachlässigung durch die primären Bezugspersonen und das Fehlen einer zweiten Bezugsperson. Als weiteren Risikofaktor nennt M. Bohus das weibliche

Geschlecht bzw. die weibliche Sozialisierung. Da jedoch nicht alle Personen, die die aufgeführten Traumata erfahren haben eine BPS entwickeln, müssen demnach weitere Ursachen zu der Entstehung beitragen. Befunde aus Zwillingsstudien weisen auf die Bedeutung genetischer Faktoren hin, konnten bisher jedoch noch nicht ausreichend gesichert werden (vgl. Bohus, 2002: 13).

Neben einer genetischen Disposition zählen jedoch auch hirnrorganische Auffälligkeiten zu den an der Entstehung des Störungsbildes beteiligten neurobiologischen Faktoren. So konnte mit Hilfe bildgebender Verfahren nachgewiesen werden, dass bestimmte Hirnareale, die wesentlich an der Regulation von Affekten beteiligt sind bei Personen, die die Kriterien für eine BPS erfüllen, verändert sein können (vgl. Bohus, 2002: 15). „Erste bildgebende Untersuchungen finden Hinweise auf Störungen im präfrontalen Cortex, sowie der Amygdala und dem Hippokampus.“ (ebd., 2002: 15) Die Amygdala spielt eine wesentliche Rolle bei der Verarbeitung angstauslösender Reaktionsmuster und der Auslösung adaptiven Bewältigungsverhaltens (vgl. Knuf/Hammer, 2013: 287). Der Hippocampus und der Präfrontale Cortex übernehmen u.a. die Funktion die Aktivität der Amygdala zu regulieren und die Furchtreaktion zu kontrollieren (vgl. Bohus, 2002: 15; Knuf/ Hammer, 2013: 287). „Diese Hemmung der Amygdala dient dazu die Angst zu unterdrücken, womit eine Kontrolle über Verhaltensreaktionen auf Emotionen gewährleistet wird.“ (Knuf/Hammer, 2013: 287)

So konnte beobachtet werden, dass beim willentlichen Herunterregulieren einer affektiven Reaktion die Aktivität des präfrontalen Cortex erhöht und die der Amygdala reduziert wird. Die drei aufgeführten Hirnareale bilden einen Teil des limbischen Systems, das an der Emotionsregulation beteiligt ist (vgl. Linehan, 2006: 36). „Ein Defizit in der Emotionsregulation geht sehr häufig mit einer Dysfunktion im frontolimbischen Netzwerk einher, genauer mit einer verminderten präfrontalen Aktivierung und erhöhten Amygdala-Aktivierung“ (Knuf/Hammer, 2013: 282)

Psychische Störungen gehen oft mit einer Beeinträchtigung der Regulation von Emotionen einher und wissenschaftliche Studien konnten beobachten, dass auch im Fall einer BPS veränderte Aktivierungen der limbischen Strukturen vorliegen können. (vgl. Linehan, 2006: 36) Diese Beobachtungen decken sich mit der Annahme, dass es

sich bei der BPS vor allem um eine Störung der Affektregulation handelt. Weiterführend konnte nachgewiesen werden, dass chronischer Stress und Verwahrlosungserlebnisse in der Kindheit Einfluss auf die neurobiologischen Reifungsprozesse haben und zu emotionalen Störungen führen können (vgl. Bohus, 2002: 14). Somit können neurobiologische Funktionen nicht nur auf Grund genetischer Prädispositionen verändert sein, die Veränderungsprozesse können auch durch Umweltbedingungen, in diesem Fall durch frühe Traumata, entstehen.

Weiterhin lassen sich Korrelationen zwischen Störungen der Affektregulation und dissoziativem Erleben beobachten (vgl. ebd., 2002: 15). Bohus vermutet, dass beide Phänomene Einfluss auf die Fähigkeit des assoziativen Lernens haben. „Das hieße, die Fähigkeit, neue Erfahrungen zu machen und diese mit alten Erfahrungsmustern zu verknüpfen, ist erheblich beeinträchtigt (Störung des kontextabhängigen Lernens).“ (ebd., 2002: 15)

Wenn neue Erfahrungen also nicht in den Lernprozess, der zu einer Modulation des Verhaltens führt, integriert werden, führt dies zu einer Manifestation der Grundannahmen, die alten Erfahrungsmustern entstammen. Diese kognitiv-emotionalen Grundannahmen sind in der Regel dysfunktional und widersprüchlich und führen ihrerseits zu einer Labilisierung der Affektregulation. In Zusammenhang mit einer mangelhaften Realitätsorientierung, die Resultat dieses widersprüchlichen Denkens ist, kann dies dazu führen, dass Handlungsmuster die zwar unangepasst sind und auf längere Sicht zu psychosozialen Problemen führen, kurzfristig aber als wirksam erlebt werden, wiederholt werden. „Die traumatischen Erfahrungen werden durch spätere positive Erfahrungen bzw. Lernprozesse nicht relativiert, bleiben daher virulent und bestimmen weitgehend die Sicht der Welt als unberechenbar und gefährlich.“ (ebd. S. 16)

V.III.II Das biosoziale Modell

Linehans Modell deckt sich weitgehend mit dem neurobehavioralen Modell und basiert auf experimentalpsychologischer Forschungsliteratur (vgl. Linehan, 2006: 33). Auch hier wird die Störung des emotionsregulierenden Systems als Resultat

ungünstiger biologischer und sozialer Faktoren und deren Interaktion verstanden. Der psychosoziale Faktor, der wesentlich am Entstehungsprozess der BPS beteiligt sein kann, wird hier allerdings erweitert, indem die Bedeutung einer invalidierenden also entwertenden Umwelt betont wird (vgl. ebd., 2006: 32). In einer solchen Umgebung werden die eigenen Gefühle entwertet, indem sie von anderen ignoriert, nicht ernst genommen, verdreht oder negiert werden (vgl. ebd., 2006: 38). „Negative Gefühlsäußerungen werden auf Eigenschaften wie Überreaktivität, Überempfindlichkeit, Paranoia, eine verzerrte Sicht der Ereignisse oder eine mangelnde positive Einstellung zurückgeführt. Verhaltensweisen, durch die unabsichtlich negative oder schmerzliche Folgen für andere entstehen, werden auf feindselige oder manipulative Motive attribuiert. Mißerfolge oder das Nicht-Erfüllen von gesellschaftlich vorgegebenen Erfolgskriterien werden als Zeichen für mangelnde Motivation, fehlende Disziplin, ungenügende Anstrengung usw. interpretiert.“ (Linehan, 2006: 38)

Wächst ein Kind in einer solchen Umgebung auf, wird es nicht lernen seine eigenen Erfahrungen zu benennen und ihnen zu vertrauen. Werden negative Gefühlsäußerungen und somit auch die Ursachen dieser zudem nicht ernstgenommen, wird dem Kind suggeriert, dass es Situationen und Erfahrungen falsch bewertet und interpretiert und ihm wird somit die Möglichkeit genommen zu lernen die Realität richtig einzuschätzen, was zu einer Verzerrung der Wahrnehmung führen kann. Dem Kind wird nahegelegt, seine Emotionen zu kontrollieren, ohne ihm zu vermitteln auf welche funktionale Weise dies möglich ist (vgl. ebd., 2006: 39). Gleichzeitig führt eine Übersimplifizierung der Probleme und ein Absprechen der entsprechenden Gefühle dazu, dass es nicht lernen kann unangenehme Emotionen zu ertragen und funktionale Bewältigungsmuster zu entwickeln. Eher kommt es zu einer Verstärkung dysfunktionaler Bewältigungsmuster wie extremen Gefühlsäußerungen, da sich ein solches Umfeld häufig erst dann mit den schwierigen Erfahrungen des Kindes befasst „Dadurch dass einerseits Mitteilungen über negative Gefühle willkürlich bestraft werden, andererseits das Zeigen extremer oder eskalierter Emotionen intermittierend verstärkt wird, lernt das Kind zwischen der Unterbindung von Gefühlen und extremen Gefühlszuständen hin- und herzuwechseln.“ (ebd., 2006: 39)

Sowohl das biosoziale als auch das neurobehaviorale Modell verstehen die BPS also primär als Störung der Affektregulation aus der die entsprechenden Störungsbereiche wie in Kapitel V.II beschrieben als Sekundärmerkmale resultieren (vgl. ebd. S. 32).

VI Die Dialektisch Behaviorale Therapie

Die DBT gilt bzgl. ihrer Wirksamkeit derzeit als das am besten wissenschaftlich belegte Verfahren bei der Behandlung der BPS (Reicherzer, 2013: 22). Die positiven Resultate dieser Therapieform stützen in erheblichem Maß die Integration von Achtsamkeit und Akzeptanz in der Behandlung komplexer psychischer Störungen (vgl. Hayes, 2012: 18). Linehan entwickelte dieses Therapiekonzept in den 1980ern auf der Grundlage des biosozialen Modells, speziell für die ambulante Behandlung chronisch suizidaler Borderline-Patientinnen, als Antwort darauf, dass klassisch verhaltenstherapeutische Ansätze bei dieser Patientengruppe nur geringe Erfolge zeigten (vgl. Weiss/Harrer, 2010: 16).

Die Behandlungsmethoden der DBT entstammen zwar zu einem großen Teil empirisch belegter Verfahren der kognitiven Verhaltenstherapie, Linehan integriert jedoch darüber hinaus Achtsamkeitstechniken aus dem östlichen Zen-Buddhismus als einen ihrer wesentlichen Bestandteile (vgl. Bohus, 2002: 20; Linehan, 2006: 15f.). Im Gegensatz zur MBSR besteht das Behandlungsrepertoire der DBT also nicht ausschließlich aus Methoden zur Schulung der Achtsamkeit und daher stellt sie eine achtsamkeitsorientierte Therapieform dar. Eine Besonderheit ist allerdings die dialektische Weltansicht, auf der dieses Therapiekonzept beruht und das zu jedem Zeitpunkt die therapeutischen Strategien bestimmt (vgl. Linehan, 2006: 17). Bevor diese Dialektik näher beschrieben wird, soll zunächst der strukturelle Rahmen der DBT vorgestellt werden.

VI.I Struktureller Rahmen

In Form einer ambulanten Therapie erstreckt sich die DBT in der Regel über eine Dauer von zwei Jahren in denen die klassische Einzeltherapie ergänzt wird durch eine gleichzeitig regelmäßig stattfindende Gruppentherapie, sowie einer Telefonberatung

im Notfall und einer Supervisionsgruppe für die Therapeuten (vgl. Bohus, 2002: 20; Linehan, 2006: 75). Diese vier Module sollen im folgenden kurz beschrieben werden.

VI.I.I Einzeltherapie

Die ein bis zwei Mal wöchentlich stattfindenden Einzeltherapie steht im Mittelpunkt der DBT und dient vor allem der Bearbeitung akuter Krisen und Traumata, sowie individueller Probleme auf der Verhaltensebene (vgl. Heidenreich/Michalak, 2003: 270). Diese werden der Dringlichkeit nach hierarchisch geordnet, wie es in Kapitel V.II noch ausführlicher beschrieben wird. Dass die Abbruchquote von Patienten mit BPS die im Rahmen der DBT behandelt werden geringer ist als bei denen, die sich in alternativen psychotherapeutischen Therapieformen befinden, ist sicherlich auch auf diese Behandlungshierarchie zurückzuführen, die therapiegefährdende Verhaltensweisen bei Bedarf sofort in den Fokus rückt (vgl. Bohus, 2002: 39). Eine große Rolle spielt hierbei jedoch auch die Qualität der Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut und Patient, die in diesem Behandlungskonzept hervorgehoben wird. Linehan betont wie wichtig eine positive, stützende Beziehung schon für die Effektivität der Behandlungsstrategien wie emotionale Validierung oder Techniken des Kontingenz-Managements ist und sie hat ihr Konzept daher so aufgebaut, dass die therapeutische Beziehung gestärkt wird (vgl. Linehan, 2006: 388). Sie geht sogar so weit, dass sie die therapeutische Beziehung selbst als strategische Maßnahme zur Erreichung der Behandlungsziele einsetzt (vgl. ebd., 2006: 220). „Für die meisten Borderline-Patientinnen haben die kraftvollsten Verstärker mit der Qualität der therapeutischen Beziehung zu tun. Bei einigen Patientinnen gibt es fast nichts anderes, um die verstärkende Wirkung, die zerstörerisches und ungünstiges Verhalten bereits beeinflussen, aufzuheben. Eine starke Beziehung verstärkt das Gewicht des therapeutischen Verhaltens, welches dann unverzüglich in der DBT benutzt wird, um Verhaltensweisen der Patientinnen zu verstärken.“ (ebd., 2006: 220)

VI.I.II Gruppentherapie

Ein übergeordnetes Ziel der DBT ist es, dysfunktionale, die Lebensqualität einschränkende Verhaltensweisen zu reduzieren. Da diese zuvor jedoch oft zur Bewältigung aversiver Erfahrungen kurzfristig wirksam waren, müssen Betroffenen alternative Bewältigungsstrategien zur Verfügung stehen, durch die die alten Muster ersetzt werden können und die das Handlungsrepertoire erweitern (vgl. Linehan, 2006: 131). Aufbau, Stärkung und Generalisierung von alternativen Fertigkeiten oder Skills finden im gruppentherapeutischen Setting parallel zur Einzeltherapie über einen Zeitraum von einem Jahr einmal wöchentlich in Form eines psychoedukativen Fertigkeitentrainings statt (vgl. ebd., 2006: 76; Bohus, 2002: 73). Das Programm dieses Trainings ist manualisiert und gliedert sich in fünf Module, die sich an den Störungsbereichen der BPS orientieren:

- Fertigkeiten zur inneren Achtsamkeit
- Fertigkeiten zur Erhöhung der Stresstoleranz
- Fertigkeiten zur Emotionsregulation
- Zwischenmenschliche Fertigkeiten
- Fertigkeiten zur Selbstwertsteigerung (vgl. Bohus/Steil/Stiglmayr, 2013: 102)

Die Betreuung der Skillsgruppe sollte möglichst durch einen anderen Therapeuten erfolgen als die Einzeltherapie, jedoch sollte der Bezugstherapeut über den Verlauf des Fertigkeitstrainings informiert sein, damit er bereits vermittelte Skills in die Einzeltherapie einbeziehen und zu einer Generalisierung dieser beitragen kann (vgl. Linehan, 2006: 76).

VI.I.II.I Fertigkeitentraining

Die Idee zur Entwicklung des Fertigkeitentrainings war, „dass Menschen, die ihrem Leben ein Ende setzen wollen, die erforderlichen Fertigkeiten fehlen, ein ihres Erachtens lebenswertes Leben aufzubauen. Ziel der Behandlung war also, eben diese Fertigkeiten zu errichten“ (Robins/Schmidt/Linehan, 2012: 51) Im Rahmen des Fertigkeiten- oder Skillstrainings erlernen die Patienten Verhaltensstrategien, die

ihnen zudem die Möglichkeit bieten, dysfunktionale Bewältigungsstrategien wie z.B. selbstverletzendes Verhalten durch diese zu ersetzen. Skills können in diesem Zusammenhang verstanden werden als „kognitive, emotionale und handlungsbezogene Reaktionen, die sowohl kurz- als auch langfristig zu einem Maximum an positiven und einem Minimum an negativen Ergebnissen führen.“ (Reicherzer, 2013: 25) Das Training orientiert sich an den Störungsbereichen der BPS und gliedert sich wie oben aufgeführt in fünf Module.

Fertigkeiten zur inneren Achtsamkeit: Die Vermittlung von Methoden der Achtsamkeit erfolgt zu Beginn des Skills-Trainings und wird am Anfang jedes Moduls wiederholt, da die anderen Module sich auf die hier erlernten Fertigkeiten beziehen und teilweise auf ihnen aufbauen. Allgemein besteht das Ziel hier darin, eine metakognitive Ebene zu etablieren, die den Patienten erlaubt ihre Emotionen, Gedanken und Verhalten zu beobachten und auf Grundlage dieser Beobachtungen dysfunktionale Reaktionsmuster zu erkennen (vgl. Bohus/Steil/Stiglmayr, 2013: 102). Das Modul „innere Achtsamkeit“ wird im Verlauf der vorliegenden Arbeit aufgegriffen und ausführlicher beschrieben.

Fertigkeiten zur Erhöhung der Stresstoleranz: Da Patienten mit BPS regelmäßig und häufig unter Spannungszuständen leiden, werden in diesem Modul Fertigkeiten aufgezeigt, die ihnen einerseits dabei helfen inneren Druck oder Stress auf eine funktionale Art und Weise abzubauen und sie andererseits dazu befähigen Hochstressphasen mit intensiver Anspannung zu bewältigen.

Fertigkeiten zur Emotionsregulation: Da die BPS sich besonders durch eine Störung der Emotionsregulation auszeichnet, nimmt dieses Modul eine zentrale Stellung im Fertigkeitentraining ein. Den Patienten wird theoretisches Wissen zur Natur von Emotionen vermittelt und es werden Fertigkeiten erlernt, die eine Distanz zu ihnen schaffen. Auch dieses Modul bedient sich der Effekte von Achtsamkeitspraxis (vgl. Reicherzer, 2013: 26)

Zwischenmenschliche Fertigkeiten: Im Rahmen dieses Moduls werden Fertigkeiten zur Steigerung der Sozialen Kompetenz und zur zwischenmenschlichen Beziehungsgestaltung vermittelt, da Zwischenmenschlichkeit im Alltag unausweichlich ist, Patienten mit BPS aber gerade in diesem Bereich vermehrt Schwierigkeiten, teilweise sogar in Form von ausgeprägter Sozialer Phobie, aufweisen (vgl. ebd. 2013: 26; Bohus/Steil/Stiglmayr, 2013: 116).

Fertigkeiten zur Selbstwertsteigerung: Dieses Modul wurde erst im Nachhinein in das Skills-Training auf Basis eines primär kognitiv orientierten Therapiekonzeptes von Potreck-Rose und Jacob, integriert. Hier werden Selbstzweifel und negative Grundannahmen analysiert und es wird versucht neue Sichtweisen aufzuzeigen (vgl. Bohus/Steil/Stiglmayr, 2013: 116)

VI.I.III Telefonberatung

Die Telefonberatung soll dem Patienten zu jeder Zeit als therapeutische Interventionsmethode zwischen den einzeltherapeutischen Terminen zur Verfügung stehen und durch den Bezugstherapeuten oder einen Kollegen aus dem therapeutischen Netzwerk erfolgen. Wie die zuvor beschriebenen Module, soll auch die telefonische Beratung als Teil der Therapie dazu dienen dysfunktionale Verhaltensweisen zu reduzieren (vgl. Linehan, 2006: 77; Bohus, 2002: 97). Zuvor sollte allerdings vereinbart werden, unter welchen Bedingungen und in welchem Rahmen der Patient von diesem Angebot gebrauch macht, um die Belastungsgrenze des Therapeuten nicht zu überschreiten. Sinnvoll ist ein kurzer telefonischer Kontakt vor allem in Krisensituationen, um suizidales oder parasuizidales Verhalten zu verändern oder zur Belohnung nach schwierigen Veränderungsschritten im Sinne eines Positivverstärkers (vgl. Bohus, 2002: 97).

VI.I.IV Supervision für Therapeuten

Durch die Neigung zu dichotomen Bewertungen anderer und Schwierigkeiten mit der

Regulation von Nähe und Distanz stellt die Behandlung von Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung für viele Therapeuten eine besondere Herausforderung dar. Eine regelmäßig stattfindende Supervisionsgruppe soll für die beteiligten Therapeuten entlastend wirken, indem sie hier die Möglichkeit haben diese Schwierigkeiten in Form von Fallbesprechungen mit anderen beteiligten Therapeuten zu erörtern. Im Vordergrund steht im Gegensatz zu anderen supervisorischen Interventionen jedoch nicht die Beratung des Therapeuten sondern die Sicherstellung eines erfolgreichen Therapieverlaufs (vgl. Bohus, 2002: 95).

VI.II Therapiephasen

Der Ablauf der DBT kann in vier Phasen unterteilt werden. In der Vorbereitungsphase werden dem Patienten nach abgeschlossener Diagnostik im psychoedukativen Sinne Kenntnisse über das Störungsbild der BPS und ihre möglichen Ursachen auf Grundlage des biosozialen Modells vermittelt. Gemeinsam werden die Ziele der Behandlung bestimmt und hierarchisiert und die Methodik sowie therapeutische Rahmenbedingungen der DBT (Behandlungsvertrag, Telefonberatung, Fertigkeiten-training etc.) geklärt (vgl. Bohus, 2002: 30).

Die erste Therapiephase beinhaltet die Bearbeitung schwerer Probleme auf der Verhaltensebene der Dringlichkeit nach hierarchisch geordnet. An erster Stelle sollte demnach suizidales und parasuizidales Verhalten behandelt werden, gefolgt von Verhaltensweisen, die den Therapiefortbestand und -verlauf gefährden. Sind diese Behandlungsziele vorerst nicht weiter gefährdet rücken Probleme, die die Lebensqualität der Patienten beeinträchtigen (z.B. finanzielle Probleme oder Verhalten, dass unmittelbar zu Krisensituationen führt) in den Vordergrund, um an letzter Stelle Verhaltensfertigkeiten, die in der Gruppentherapie vermittelt wurden, zu verbessern (vgl. Bohus, 2002: 29). Das erfolgreiche Verinnerlichen funktionaler Verhaltensweisen bildet die Basis für die folgenden Behandlungsphasen, da sie zu einer emotionalen Stabilität des Patienten beitragen.

In der zweiten Phase können so Probleme bearbeitet werden, die aus den Folgen traumatischer Erfahrungen resultieren und sich in Form unangemessener Ver-

haltungsmuster manifestieren. Das übergeordnete Ziel dieser Phase ist die Revision von dysfunktionalen Schemata unter Anwendung ichtsyntoner Kompetenzen und Ressourcen und die Verbesserung von Symptomen, die im Rahmen eines posttraumatischen Stresssyndroms auftreten (vgl. Bohus, 2002: 45). „Das Ziel der Traumatherapie heißt also nicht, Vergessenes wieder zu erinnern oder zu „integrieren“, sondern die Erfahrung zu machen, dass die traumatischen Ereignisse der Vergangenheit angehören und daß traumaassoziierte Stimuli in neuem Kontext einen neuen Sinneszusammenhang eröffnen.“ (ebd., 2002: 44)

Die Traumaaarbeit kann für den Patienten zunächst eine extreme Belastung darstellen und aversive Emotionen hervorrufen, die wiederum zu dysfunktionalem Verhalten wie z.B. Dissoziation führen können. Das Vorhandensein von Fertigkeiten zur Emotionsregulation und ein Abstand zu suizidalen Gedanken und selbstschädigenden Verhaltensweisen sind daher wichtige Voraussetzungen, um mit dieser Phase zu beginnen (vgl. Linehan, 2006: 125). Sind die Ziele der zweiten Phase weitestgehend erreicht, folgt die dritte und letzte Therapiephase. Sie widmet sich der Arbeit an individuellen Zielen bzw. den Problemen der Lebensführung. Da auf diese Phase in der Regel die Beendigung der Therapie folgt, ist hier die Stärkung des Selbstvertrauens einer ihrer wesentlichen Inhalte, damit der Patient in Zukunft ohne therapeutische Unterstützung Schwierigkeiten selbständig lösen kann.

VI.III Dialektischer Ansatz

Wie bereits erwähnt beruht die DBT auf einer dialektischen Weltansicht, die die Realität als System auffasst und die Bedeutung der wechselseitigen Beziehung zwischen den Teilen eines Systems und dem System als Ganzheit betont. Weiter geht ein dialektischer Ansatz davon aus, dass jedes System aus inneren entgegengesetzten Kräften besteht, jede These eine Antithese beinhaltet und aus der Integration, also der Synthese, ein neues Paar entgegengesetzter Kräfte resultiert (vgl. Linehan, 2006: 90). Somit zeichnet sich dialektisches Denken „durch die Fähigkeit aus, die Vorstellung von Polaritäten zu überwinden und stattdessen die Realität als komplexes und vielschichtiges Phänomen zu erkennen. Man muss bereit

dazu sein, in Gegensätzen zu denken und einander widersprechende Standpunkte einzunehmen, bzw. sie in sich zu vereinen.“ (ebd., 2006: 90) Sich widersprechende Standpunkte oder Wahrheiten bleiben demnach nebeneinander bestehen ohne sich gegenseitig auszulöschen (vgl. ebd., 2006: 24f.).

Dieser Ansatz ist im Zusammenhang mit der BPS besonders interessant, da er die Möglichkeit bietet den Betroffenen einen besseren Umgang mit dichotomen Denkmustern zu vermitteln. „Die DBT will erreichen, dass sie in der Lage sind, schwarz und weiß gleichzeitig zu akzeptieren, also eine Synthese zwischen diesen scheinbaren Gegensätzen zu erreichen, die die Realität beider Seiten anerkennt.“ (ebd., 2006: 90) Denkstrukturen, die sich nach einem „entweder-oder“-Prinzip organisieren, sollen ersetzt werden durch solche, die ein „sowohl als auch“ zulassen. Die Akzeptanz nebeneinanderstehender Wahrheiten ist wie bereits beschrieben ein grundlegendes Element von Achtsamkeit im Sinne einer östlichen Geisteshaltung. Gleichzeitig wird sie in der DBT zudem als das Gegengewicht zu Veränderung verstanden.

Dies spiegelt sich am deutlichsten in der Haltung des Therapeuten wieder, die von einer Akzeptanz des Patienten wie er ist geprägt sein und gleichzeitig Veränderung anstreben sollte. Die dialektische Perspektive, die zu jeder Zeit die Strategie des Therapeuten bestimmt, stellt somit die grundlegendste aller Strategien, die auf dem Konzept der Achtsamkeit beruhen, der DBT dar. Gleichzeitig ist die Dialektik zwischen Veränderung und Akzeptanz ein wesentliches Merkmal, das die DBT von verhaltenstherapeutischen Ansätzen der „ersten“ und „zweiten“ Welle, die als Techniken der Veränderung verstanden werden können, unterscheidet (Heidenreich/Michalak, 2003: 267). Die Betonung einer Ausgeglichenheit zwischen Akzeptanz und Veränderung entstammt Linehans persönlicher Erfahrung mit Meditation und östlichen Geisteshaltungen (vgl. Linehan, 2006: 17).

VI.IV Methoden der Achtsamkeit

Auch wenn die DBT auf das Vermitteln formaler Übungen verzichtet, ist Achtsamkeit

ein wesentlicher Bestandteil des Therapiekonzeptes. So ist ihr Ziel, wie das anderer achtsamkeitsbasierter Verfahren, Achtsamkeit und Akzeptanz im Leben der Betroffenen zu integrieren, um auf die Schwierigkeiten, die sich durch diese Form der Persönlichkeitsstörung ergeben, ausgewogener zu reagieren. Neben einer grundsätzlichen Betonung der Bedeutsamkeit von Akzeptanz, wird Achtsamkeit zu Beginn des Fertigkeitstraining vermittelt, da es die Basis für alle weiteren Skills bildet. Die Elemente des Skills-Trainings, die Methoden der Achtsamkeit enthalten, sollen an dieser Stelle beschrieben werden. Deutlich wird, dass die Module und die erlernten Fähigkeiten ineinander übergreifen und sich gegenseitig bedingen und ergänzen. Zuvor wird die „radikale Akzeptanz“ als zentrales Element der Achtsamkeit der DBT vorgestellt werden.

VI.IV.I Radikale Akzeptanz

Die DBT vermittelt im Rahmen des Fertigkeitstrainings Akzeptanz als Strategie, um wie bereits in Kapitel IV beschrieben, Gegebenheiten so anzunehmen wie sie sind und die Bewertung dieser Gegebenheiten nicht Teil der Realitäten, sondern subjektiv sind. An diesem Behandlungselement wird der Einfluss des Zen-Buddhismus, dessen Konzept lautet „alles ist, wie es sein soll“ besonders deutlich. In Form von Psychoedukation wird den Patienten vermittelt, dass die aktuellen Gegebenheiten das Ergebnis vorausgegangener Tatsachen und Umstände sind. „Das Konzept des Zen „alles ist, wie es sein soll“ bezieht sich nicht auf die Momentaufnahme der Wirklichkeit, sondern nimmt eher eine Perspektive ein, die den Prozess der aufeinander bezogenen Entfaltung der Wirklichkeit anerkennt (wie sollten die Dinge unter den gegebenen Voraussetzungen anders sein?) und es zudem hinnimmt, dass Wertungen vom Menschen stammen und nicht den Dingen selbst innewohnen.“ (Linehan, 2006: 61) Diese Einsicht, kann den Patienten dabei helfen, ihre Verhaltensweisen leichter zu akzeptieren, da sie als das Ergebnis ihrer Lerngeschichte betrachtet werden können. Da die Akzeptanz einer Verhaltensänderung vorausgeht, bietet sich hier ein möglicher Wirkfaktor, um dysfunktionales Verhalten zu reduzieren. Übertragen auf das Störungsbild der BPS kommt dem Akzeptanzansatz jedoch eine

weitere wichtige Bedeutung zu, da sich bei den Betroffenen in der Biographie sehr häufig Fälle von traumatischen Erfahrungen wie Missbrauch oder dem Verlust von Bezugspersonen wiederfinden. Wie bereits erwähnt kann dies zu posttraumatischen Flashbacks oder Dissoziationen führen. Beides sind Anzeichen dafür, dass die Erlebnisse aus der Vergangenheit, die nicht mehr veränderbar sind, nicht angenommen werden können (vgl. Knuf, 2013: 37). Die Unterdrückung und Vermeidung unerwünschter Erfahrungen und Gedanken wird jedoch als bedeutsam für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen aufgefasst (vgl. Heidenreich/Michalak, 2003: 266). Es kann daher vermutet werden, dass sich ein Prozess des zunehmenden Annehmens dieser traumatischen Erfahrungen als Teil der eigenen Lebensgeschichte, positiv auf dissoziatives Erleben auswirkt.

„Radikale Akzeptanz“ bietet vor allen Dingen in Situationen, die nicht zu verändern sind eine Möglichkeit mit den dazugehörigen Emotionen zurecht zukommen, da Leid dort zunimmt, wo gegebene, nicht veränderbare Umstände nicht angenommen werden und statt dessen der Wunsch besteht, die Dinge anders haben zu wollen. Dieser Wunsch, der einen Vergleich zwischen dem Ist-Zustand und einem ersehnten Soll-Zustand darstellt, führt dazu, dass die gegenwärtige Situation als defizitär wahrgenommen wird. Im Zuge einer Annahme hingegen, wird von diesem nicht erfüllbarem Wunsch abgelassen. „Ein Akt radikaler Akzeptanz, insbesondere dann, wenn er enormen Schwierigkeiten folgt, kann als ungemein befreiend empfunden werden.“ (Linehan, 2006: 62) Dieser Akt kann jedoch in der Regel selten von einem Moment auf den anderen vollzogen werden, vielmehr ist es ein Anliegen der DBT, die Fähigkeit der Akzeptanz nach und nach zu entwickeln (Heidenreich/Michalak, 2003: 267).

VI.IV.II Modul Innere Achtsamkeit

Übergeordnetes Ziel dieses Moduls ist es, den Patienten mit Hilfe von den hier vermittelten Achtsamkeitsübungen dazu zu befähigen, sich seiner Reaktionsmuster bewusst zu werden und somit mehr Steuerungsmöglichkeiten über sich selbst zu bekommen (vgl. Gunia/Huppertz/Friedrich/Ehrenthal, 2000: 6). Die Fertigkeiten, die

beigebracht werden, werden unterteilt in „Was Fertigkeiten“ und „Wie Fertigkeiten“.

V.IV.II.I Die „Was Fertigkeiten“

Die „Was Fertigkeiten“ beinhalten Wahrnehmen, Beschreiben und Teilnehmen und sollen im folgenden genauer erläutert werden.

Die Patienten lernen zunächst, sich äußeren und inneren Reizen bewusst zuzuwenden und diese intensiv wahrzunehmen. Übungen zu dieser Fertigkeit können z.B. beinhalten, einen Bonbon langsam zu lutschen und die Aufmerksamkeit auf die unterschiedlichen Geschmacksreize zu lenken oder zu versuchen die aktuell hörbaren Hintergrundgeräusche zu differenzieren. Da es in dieser Übung um das konkrete Erleben und Erfahren von Reizen geht, soll auf die Benutzung von Worten verzichtet werden (Stiglmayr/Lammers/Bohus, 2006: 282). Die Patienten werden dazu angehalten, Gedanken, die auftauchen und den Wahrnehmungsfokus unterbrechen, zu beobachten und die Aufmerksamkeit dann wieder auf das Übungsobjekt zu richten. Hier besteht das Ziel darin, die bewusste Steuerung der Wahrnehmung zu schulen, da dies eine Voraussetzung für die Löschung automatisierter Vermeidungsreaktionen, wie es z.B. das dissoziative Erleben darstellt, ist (vgl. Bohus, 2002: 79).

Lernen die Patienten ihren Wahrnehmungsfokus zu kontrollieren, können sie vermeidendem Verhalten entgegensteuern und versuchen auch bei aversiven Erlebnisgehalten zu verweilen. Dies erleichtert zudem das Durchführen von Expositionsverfahren innerhalb der Einzeltherapie.

Im Übungsteil Beschreiben wird mit den Patienten geübt, das Wahrgenommene möglichst detailliert mit Worten zu beschreiben. Dies soll aus einer Haltung des „Anfängergeistes“ geschehen, also so, als wären die zu beschreibenden Wahrnehmungsobjekte fremd und vor allen Dingen ohne zu bewerten. Dies spielt in Bezug auf das für die Borderline Persönlichkeitsstörung charakteristische dichotome Denken eine bedeutende Rolle. Mit Hilfe der Übungen können die stattfindenden Kategorisierungsprozesse identifiziert werden, um diese darauf folgend nach und nach zu reduzieren. Durch das Beschreiben innerer Erlebnisinhalte entsteht eine emotionale Distanz zu diesen. Dies kann Patienten mit BPS dabei helfen von ihren

teilweise starken aversiven Gefühlen nicht überrannt zu werden und erleichtert somit die Bereitschaft, bei diesen Erlebnissen zu verweilen (Gunia/Gonzales Pochanke/Schmidt, 2013: 207).

Teilnehmen kann hier verstanden werden als das vollständige Aufgehen in einer Aktivität bei hoher Bewusstheit (vgl. Bohus, 2002: 79). Es ist gleichzusetzen mit informellen Achtsamkeitsübungen und soll auch außerhalb der Fertigkeitengruppe zu Hause trainiert werden, um Achtsamkeit in den Alltag zu integrieren.

VI.IV.III Die „Wie Fertigkeiten“

Mit den „Wie Fertigkeiten“ lernen die Patienten, auf welche Art und Weise die „Was Fertigkeiten“ ausgeführt werden sollen. Sie beinhalten Übungen zum Nicht-Bewerten, zur Konzentration und zum wirkungsvollen Handeln (vgl. Bohus, 2002: 80f.)

Wie erwähnt sollen die Patienten äußere und innere Ereignisse neutral wahrnehmen und beschreiben, ohne dabei auf alte Bewertungsmuster zurückzugreifen. Handelt es sich z.B. um zwischenmenschliche Konflikte, soll auch hier nicht negativ beschrieben werden, sondern es soll versucht werden, die eigenen Gefühle, die aus dem Konflikt hervorgehen zu benennen. Für Patienten mit BPS stellt das Reduzieren von Bewertungsprozessen einen langwierigen Prozess dar (vgl. Bohus, 2002: 80). „Gerade traumatisierte Menschen aktivieren zumeist automatisiert komplexe Bewertungsmuster, die dann rasch in emotionale Prozesse münden.“ (ebd., 2002: 80)

Die Patienten lernen hier zudem ihre Aufmerksamkeit zu kontrollieren, sodass sie sich im Sinne einer achtsamen Haltung auf eine Tätigkeit zur Zeit konzentrieren können. Dies ist von besonderer Bedeutung, da Borderline Patienten dazu neigen während vielfacher Tätigkeiten in zumeist negative Gedankenschleifen z.B. in Form von Grübeln über die Vergangenheit zu verfallen, die in dysfunktionales Handeln münden können (vgl. Bohus, 2002: 80). Durch gezieltes Steuern des Wahrnehmungsfokusses können diese Gedankenspiralen unterbrochen werden.

Wirkungsvolles Handeln meint, an die Situation angepasste, funktionale Handlungen,

die zielführend, also effektiv sind (vgl. Stiglmayr/Lammers/Bohus, 2006: 283).

VI.IV.IV Modul zur Erhöhung der Stresstoleranz

Befinden sich Patienten mit BPS in Zuständen von intensiver Anspannung, führt dies oft dazu, dass sie auf alte meist dysfunktionale Bewältigungsstrategien wie Selbstverletzung oder Substanzmissbrauch zurückgreifen, um diese Zustände möglichst schnell zu beenden. Wie beschrieben, führt die kurzzeitige Linderung die daraufhin eintritt dazu, dass diese Strategien beibehalten werden.

Im Modul zur Stresstoleranz sollen Handlungsalternativen vermittelt werden. Auch hier spielen Methoden der Achtsamkeit eine zentrale Rolle, da Stresstoleranz eine Fähigkeit ist, die sich dadurch auszeichnet, dass Spannungszustände ausgehalten werden können. Wie Emotionen allgemein sind auch diese Zustände nicht von Dauer und klingen auch ohne Intervention nach einer Weile ab, wenn sie nicht durch mentale Verstrickungen aufrecht erhalten werden.

Dies zu erfahren ist nur möglich, wenn ein solcher Zustand bis zum Ausklingen ausgehalten wird ohne ihm durch Erlebnisvermeidung zu entfliehen. So ist auch in diesem Modul das Ziel, die innere Bereitschaft Emotionen zu erfahren zu verbessern (vgl. Bohus, 2002: 82).

Da Spannungszustände Ergebnis kognitiv-emotionaler Schemata sind, also außerhalb der Erfahrungen des Hier und Jetzt liegen, bedient sich dieses Modul vieler Methoden, die den Wahrnehmungsfokus zurücklenken auf den gegenwärtigen Moment, da die Gegenwart im Gegensatz zu mentalen Konstrukten während solcher Hochspannungsphasen selten bedrohlich ist. Die dazugehörigen Skills beziehen sich hierfür vor allem auf Sinneswahrnehmungen, da sie als Objekt der Achtsamkeit jederzeit verfügbar sind. Sobald die Aufmerksamkeit auf die gegenwärtigen Erfahrungen der Sinne gelenkt ist, wird sie den kognitiv-emotionalen Schemata entzogen, da sie nie auf zwei Dinge gleichzeitig gerichtet sein kann (vgl. Knuf/Hammer, 2013: 49). Im Modul zur Stresstoleranz besteht ein übergeordnete Ziel darin, die Erfahrung zu ermöglichen, dass Spannungszustände abklingen und nicht durch das Zurückgreifen auf Erlebnisvermeidungsstrategien beendet werden müssen. Dies

gelingt allerdings nur dann, wenn die Zustände nicht durch kognitiv-emotionale Schemata „befeuert“ werden und Patienten die Fähigkeit besitzen, aus ihnen auszusteigen. „Statt nun diese Spannung ständig mit neuem Brennstoff zu versorgen, indem sie sich beteiligen, wie es ihnen ihre Gedanken und Gefühle befehlen, können sie lernen, in der Nähe dieses geistigen Kampfes zu stehen, indem sie einen ruhigen Platz aufsuchen von dem aus sie die Auseinandersetzungen beobachten.“ (Segal/Teasdale/Williams, 2012: 84) Um den inneren Ereignissen ihre Intensität zu nehmen, werden in diesem Modul Methoden zur Disidentifikation durch Achtsamkeit vermittelt. „Der erste Schritt in die Veränderung eines aktivierten dysfunktionalen kognitiv emotionalen Schemas ist immer die innere Distanz: „ich bin nicht mein Gefühl, ich habe ein Gefühl – ist dieses Gefühl jetzt gerade angemessen oder nicht?“ (Bohus, 2002: 24) Die Fähigkeit aus diesen mentalen Prozessen auszusteigen, wie sie im ersten Modul „Innere Achtsamkeit“ vermittelt wird, ist somit eine wichtige Voraussetzung.

VI.IV.V Modul zur Verbesserung der Emotionsregulation

Ein Teilziel dieses Moduls ist, die Patienten zu befähigen emotionale Erfahrungen wahrzunehmen und zu benennen, da Patienten mit BPS häufig Schwierigkeiten mit dem Beschreiben ihrer Emotionen haben und sich in einem „emotionalen Nebel“ befinden (vgl. Linehan, 2006: 170). „Eine Borderline-Patientin kann im allgemeinen die Emotionen, die sie erlebt nicht erkennen, weil sie normalerweise eine Vielzahl von Emotionen gleichzeitig oder rasch aufeinander folgend erlebt.“ (ebd., 2006: 167) Auf Grundlage der im Modul „Innere Achtsamkeit“ vermittelten Fertigkeiten und der daraus resultierenden Fähigkeit, sich durch die Perspektive des inneren Beobachters von den Gefühlen zu distanzieren wird das Benennen und Trennen von Emotionen möglich. Für Borderline-Patienten stellen diese starken aversiven Gefühle zum Teil ein so großes Problem dar, dass sie häufig auf radikale Maßnahmen wie parasuizidale Handlungen zurückgreifen, um die Emotionen loszuwerden. Das Hauptziel dieses Moduls besteht demnach darin, die Patienten zu befähigen ihre Emotionen auf funktionale Weise so zu regulieren, dass sie aushaltbar sind. Dies kann jedoch erst

gelingen, wenn das zuvor erwähnte Teilziel erreicht ist. „Die Identifizierung und korrekte Benennung aktueller Empfindungen ist der erste Schritt zu einer Steuerung von Emotionen.“ (Linehan, 2006: 111) Psychoedukativ erfolgt zudem die Aufklärung über die Beschaffenheit von Emotionen. Diese sind in ihrer Natur von kurzer Dauer, werden sie nicht Inhalt gedanklicher Prozesse, die die unangenehmen Emotionen weiter nähren.

Durch das regelmäßige Beobachten der Emotionen lassen sich Rückschlüsse auf dazugehörige Muster ziehen, also welche Ereignisse diese Emotionen auslösen und welches Verhalten auf diese Emotionen folgt (vgl. ebd., 2006: 111). Sobald diese bewusst werden, werden sie nicht mehr handlungsleitend und können „ausgehalten“ werden. „Intention all dieser Vorgänge ist es, den Klienten also erfahrbar zu machen, dass es sich bei inneren Ereignissen eher um vorübergehende Reaktionen als um die Persönlichkeit bedrohende Impulse handelt, die vermieden werden sollten. Dieses geänderte Verhältnis zum eigenen inneren Erleben könnte die Bereitschaft steigern, sich Expositionen auszusetzen und dabei den begleitenden Kummer zu erleben.“ (Orsillo/Roemer/Block Lerner/Tull, 2012: 116) Im diesem Modul, sowie in der DBT allgemein, sollen negative Emotionen nicht grundsätzlich verändert werden, Patienten sollen vielmehr lernen diese zu akzeptieren, denn sie sind faktisch existent und können nicht willkürlich kontrolliert werden. Lediglich das Ausagieren der Handlungsimpulse ist steuerbar, sofern Patienten nicht von ihren Gefühlen „überrannt“ werden (vgl. Sendera, 2009: 59). Durch den Akt der Akzeptanz reduziert sich jedoch die Intensität der aversiven Emotionen und somit auch der Handlungsdruck. „Erst wenn ich anerkenne, daß die Situation jetzt so ist, wie sie ist und nicht anders, kann ich mich von ihr distanzieren und sie aktiv gestalten.“ (Bohus, 2002: 24)

VII Mögliche Wirkfaktoren

Nachdem die Elemente der Achtsamkeit der DBT und die möglichen Wirkmechanismen zuvor beschrieben wurden, sollen sie hier anhand der Störungsbereiche der BPS

kurz zusammengefasst werden.

VII.I Störungsbereich Affektregulation

Aus der Unfähigkeit hohe Spannungszustände aus „überflutenden Emotionen“ zu ertragen, resultiert, dass Patienten mit BPS zu dysfunktionalen Bewältigungsstrategien wie Substanzmissbrauch oder selbstverletzendem Verhalten greifen, die als Erlebnisvermeidung verstanden werden können. Ziel der DBT ist es, dysfunktionale Bewältigungsmuster zu reduzieren, indem sie versucht die Fähigkeit der Akzeptanz zu vermitteln, da es in der Natur der Emotionen liegt, dass sie nicht kontrollierbar sind und den Patienten nichts anderes übrig bleibt, als zu lernen, diese Tatsache anzunehmen. Achtsamkeitstechniken, die eine Disidentifikation von Gedanken ermöglichen, erleichtern es den Patienten bei den Gefühlen des gegenwärtigen Moments zu verbleiben, sie zu benennen und zu erfahren, dass Emotionen lediglich innere Ereignisse und somit nicht bedrohlich und außerdem impermanent sind (vgl. Sendera, 2009: 59). Gelingt diese Erfahrung, ermöglicht sie den Patienten auf Strategien der Erlebnisvermeidung zu verzichten und diese durch funktionale Strategien, die im Fertigkeitentraining erlernt werden zu ersetzen. Ein Wirkfaktor von Akzeptanz und Disidentifikation als Effekt der Achtsamkeitspraxis auf den Störungsbereich der Affektregulation könnte demnach in der Erweiterung des Handlungsspielraums liegen.

VII.II Störungsbereich Selbstbild

Patienten mit BPS entwickeln eine Vielzahl auf das Selbst bezogene negative Kognitionen. Durch Achtsamkeitspraxis können diese aus einer metakognitiven Perspektive als bloße Gedanken ohne Wahrheitsgehalt identifiziert und die Selbstkritik somit reduziert werden (vgl. Germer, 2009: 95). Zusätzlich wird im Sinne einer achtsamen Haltung geübt, auf Bewertungen zu verzichten bzw. sie als solche zu erkennen. „Wenn wir die Selbstbeurteilung identifizieren und vorübergehen lassen, gießen wir kein Benzin mehr ins Feuer und können Selbstverurteilung vermeiden.“ (ebd., 2009: 95) Hier können Techniken der Achtsamkeit negativen Selbstannahmen

entgegenwirken, indem sie durch die Einnahme einer Beobachterperspektive an Bedeutung verlieren.

VII.III Störungsbereich zwischenmenschliche Beziehungen

Im diesem Störungsbereich lässt sich eine Wirksamkeit der Methoden der Achtsamkeit in Bezug auf Ängste vor dem Verlassenwerden vermuten. Diese zeichnen sich dadurch aus, dass die Betroffenen vermuten, in naher Zukunft von ihnen nahe stehenden Personen verlassen zu werden. Diese Sorge ist auf die Zukunft bezogen und stellt somit keine reale Bedrohung, sondern ein mentales Konstrukt dar. Durch das Lenken der Aufmerksamkeit auf Erlebnisse des gegenwärtigen Augenblicks mit Hilfe informeller Achtsamkeitsübungen, können die Patienten dazu befähigt werden, aus diesen Gedankenkonstrukten auszusteigen. Allerdings dürfen diese nicht dazu missbraucht werden vor diesen inneren Erlebnissen der Angst im Sinne von Erfahrungsvermeidung zu fliehen.

VII.IV Störungsbereich kognitive Funktionsfähigkeit

Wie bereits erwähnt, lassen sich bei Borderline-Patienten strukturelle und funktionelle Veränderungen zentraler fronto-limbischer Regulationsmechanismen, die für die Emotionsregulation zuständig sind, nachweisen. Diese beinhalten vor allem Störungen im präfrontalem Cortex, sowie der Amygdala und dem Hippokampus (vgl. Bohus, 2002: 15). Mit Hilfe bildgebender Verfahren konnten Hinweise darauf gefunden werden, dass Personengruppen, die regelmäßig Achtsamkeit praktizieren eine reduzierte Amygdala-Aktivität vorweisen, während die regulierende Aktivität des Präfrontalen Cortex erhöht ist (vgl. Hölzel/Gard/Ott, 2013: 274). Somit kann vermutet werden, dass Achtsamkeitspraxis positive Auswirkungen auf die Fähigkeit der Emotionsregulation hat, indem sie die Neuroplastizität des Gehirns verändert (vgl. Germer, 2002: 42).

VII.V Störungsbereich Verhaltensebene

Auf der Verhaltensebene zeigen Personen mit BPS impulsive Handlungen wie parasuzidales Verhalten, dass auf die Affektregulationsstörung zurückzuführen ist. Durch die Möglichkeit geistige Prozesse aus einer metakognitiven Perspektive zu beobachten, können diese Handlungsimpulse wahrgenommen werden. Sobald diese Impulse in den Fokus der Aufmerksamkeit geraten, relativiert sich bereits ihr Handlungsdruck (vgl. Knuf/Hammer, 2013: 33) Mit der Zeit können so auch automatisch ablaufende Verhaltensmuster beobachtet werden. Wie bereits im Zusammenhang mit der Störung der Affektregulation beschrieben, kann sich hier der Handlungsspielraum der Patienten erweitern, indem sie nach der Registrierung des Handlungsdrucks die Wahl haben, diesem nachzugeben oder ihn vorübergehen zu lassen, da es in der Natur mentaler Phänomene liegt, dass sie entstehen und wieder abklingen (vgl. Heidenreich/Mundle/Michalak, 2013: 155). „Die Affektivität wird beobachtet, nicht „frei laufen gelassen““ (Linehan, 2006: 108).

VIII Fazit

Da das Konzept der Achtsamkeit und Akzeptanz zu einer wesentlichen Veränderung verhaltenstherapeutischer Behandlungskonzepte beigetragen hat, kann davon ausgegangen werden, dass die akademische Psychologie den Nutzen dieses Konzeptes allgemein anerkennt. Wenn auch die genauen Mechanismen von Achtsamkeit nicht abschließend erforscht sind, kann eine generelle Wirksamkeit auf Grund der positiven Befunde der Behandlungsmethoden, die Achtsamkeit integrieren, angenommen werden. Da die Anwendungsmöglichkeiten in Form kontinuierlich steigender störungsspezifischer achtsamkeitsimplementierender Ansätze zur Behandlung unterschiedlicher Krankheitsbilder ein weites Spektrum erfassen, lässt sich vermuten, dass sich das Konzept allgemein günstig auf dysfunktionale Prozesse wie Rumination bei Depression oder Störungen der Affektregulation auswirkt (vgl. Weiss/Harrer, 2010: 17)

Im Rahmen der hier vorliegenden Arbeit, kann zunächst die Vermutung formuliert werden, dass Patienten mit BPS lernen können eine akzeptierende Haltung zu ihren Emotionen zu entwickeln und selbstschädigendes Verhalten abzubauen, indem ihr

Handlungsspielraum durch die Fähigkeit Affekte zu regulieren, erweitert wird (vgl. Knuf/Hammer, 2013: 27) Obwohl positive empirische Befunde zum Einsatz der DBT bei BPS vorliegen, kann aufgrund der Komplexität dieses Ansatzes jedoch nicht abschließend geklärt werden, welchen Stellenwert die Methoden zur Achtsamkeitsschulung dabei haben (vgl. Heidenreich/Michalak, 2003: 270). Ergebnisse neurobiologischer Forschungen deuten jedoch an, dass die Plastizität des Gehirns durch regelmäßige Achtsamkeitspraxis verändert werden kann und diese Veränderung Areale betrifft, die für die Affektregulation zuständig sind. Um zu untersuchen, ob sie auch eine Wirksamkeit auf Patienten hat, die im Rahmen der DBT behandelt werden, müssten Kontrollstudien durchgeführt werden, die vor allen Dingen die Elemente der Achtsamkeit der DBT ins Zentrum rücken. Diese sind Teil des Fertigkeitenmanuals, von dem erfolgreich behandelte Borderline-Patientinnen angeben, dass es zentral am Therapieerfolg beteiligt war (Bohus, 2002: 34) Festgehalten werden kann, dass sich das Konzept der Achtsamkeit als Teil der DBT und im Zusammenwirken mit den kognitiv verhaltenstherapeutischen Methoden gut für die Behandlung der BPS zu eignen scheint. Für das Feld der Sozialen Arbeit, die an vielen Stellen ihrer Praxis mit psychischen Störungen in Berührung kommt, bedeutet dies, dass auch hier eine zunehmende Erforschung des Themengebiets und dem Nutzen für die Soziale Arbeit als Profession stattfinden sollte.

Literaturverzeichnis

Berking, Matthias/ von Känel, Miriam 2007: Achtsamkeitstraining als psychotherapeutische Interventionsmethode. Konzeptklärung, klinische Anwendung und aktuelle empirische Befundlage. In: Psychother Psych Med 2007; 57, 170-177

Bohus, Martin 2002: Borderline-Störung. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle: Hogrefe

Bohus, Martin/ Schmahl, Christian 2006: Psychopathologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Deutsches Ärzteblatt; 103(49) 2006: A3345)

Bohus, Martin/ Steil, Regina/ Stiglmayr Christian 2013: Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT). In: Heidenreich, Thomas/ Michalak, Johannes (Hrsg.): Die „dritte Welle“ der Verhaltenstherapie. Grundlagen und Praxis. Weinheim/ Basel: Beltz, 102-120

Eifert, Georg H. 2013: Akzeptanz- und Commitmenttherapie bei Angststörungen – ein Balance-ACT zwischen Akzeptanz und Veränderung. In: Knuf, Andreas/ Hammer, Matthias (Hrsg.): Die Entdeckung der Achtsamkeit in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen. Köln: Psychatrie Verlag GmbH, 82-105

Fulton, Paul/ Siegel, Ronald 2009: Buddhistische und westliche Psychologie. Eine gemeinsame Basis suchen. In: Achtsamkeit in der Psychotherapie. Freiamt im Schwarzwald: Arbor Verlag, 50-82

Fulton, Paul/ Germer, Christopher/ Siegel, Ronald 2009: Achtsamkeit in der Psychotherapie. Freiamt im Schwarzwald: Arbor Verlag

Germer, Christopher 2009: Achtsamkeit. Was ist das? Wozu dient sie? In: Achtsamkeit in der Psychotherapie. Freiamt im Schwarzwald: Arbor Verlag, 15-49

Gunia, Hans/ Gonzales Pochanke, Corinna/ Schmidt, Franz 2013: Achtsamkeitsgruppen in der psychiatrischen Versorgung von Borderlinepatienten. In: Knuf, Andreas/ Hammer, Matthias (Hrsg.): Die Entdeckung der Achtsamkeit in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen. Köln: Psychatrie Verlag GmbH, 207-221

Heidenreich, Thomas/ Michalak, Johannes 2003: Achtsamkeit («Mindfulness») als Therapieprinzip in Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin. In: Verhaltenstherapie 2003; 13, 264-274

Kabat-Zinn, Jon 2013: Gesund durch Meditation. Das große Buch der Selbstheilung mit MBSR. München: Knauer Menssana

Knuf, Andreas/Hammer, Johannes 2013: Grundlagen von Achtsamkeitskonzepten. In: Knuf, Andreas/ Hammer, Matthias (Hrsg.): Die Entdeckung der Achtsamkeit in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen. Köln: Psychatrie Verlag GmbH, 18-43

Linhan, Marsha 2006: Dialektisch-Behaviorale-Therapie der Borderline-Persönlichkeits-störung. München: Cjp Medien

Orsillo, Susan/Roemer, Lizabeth/Block Lerner, Jennifer/ Tull, Matthew 2012: Akzeptanz, Achtsamkeit und die kognitive Verhaltenstherapie. In: Hayes, Stephen/ Folette, Victoria/ Linehan, Marsha (Hrsg.): Achtsamkeit und Akzeptanz. Das Erweitern der kognitiv-behavioralen Tradition. Tübingen: dgvt, 100-136

Reicherzer, Markus 2013: Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit der DBT. In: Psychotherapie 18. Jahrg. 2013, Bd 18, Heft 1, 9-34

Weiss, Heiko/Harrer, Michael 2010: Achtsamkeit in der Psychotherapie. Verändern durch „Nicht-Verändern-Wollen“ – ein Paradigmenwechsel? In: Psychotherapeutenjournal 1/2010, 14-24

