

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung und ihre Behandlung

von Klaus Höschel¹, Stephanie Pflügler² und Martin Bohus³

¹ LWL-Klinik Lengerich, Abteilung Klinische Psychiatrie

² EOS-Klinik für Psychotherapie, Münster

³ Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist mit einem Anteil von 1,5 % bei Erwachsenen und etwa 5 % bei Jugendlichen eine häufige und schwerwiegende psychische Störung, in deren Zentrum eine tiefgreifende Störung der Emotionsregulation steht. Sieben bis zehn Prozent vollendeter Suizide bei den Betroffenen zeigen den Handlungsbedarf, die Prognose für die Mehrzahl der Patienten ist jedoch günstig, insbesondere unter adäquater Behandlung. In Kooperation mit Prof. Bohus sind für das nächste Jahr ein Vortragsabend und Seminar zum Thema geplant, um vor allem auch im Jugendhilfebereich und anderen psychosozialen Handlungsfeldern eine Qualifizierung für die Arbeit mit betroffenen Klienten anzustoßen. Bei Interesse wird eine Fortbildungsreihe folgen. Grundlage ist die Dialektisch behaviorale Therapie (DBT), die in mehreren kontrolliert randomisierten Studien eine ausreichende Effektivität bei der Behandlung der Borderline-Störung nachweisen konnte und derzeit in den Fachgremien als die Therapie der Wahl gilt.

Das Borderline-Syndrom

Im Zentrum der Symptomatik bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS) wird heute von den meisten Forschern eine Störung des emotionalen Erlebens und der Emotionsregulation angenommen. Typisch sind extrem intensive Gefühle wie Scham, Wut, soziale Zurückweisung, Verzweiflung oder Einsamkeit und Leere, die schon durch vermeintlich harmlose Auslöser hervorgerufen werden können und sich nur langsam zurückbilden oder ohne nachvollziehbare äußere Auslöser rasch in andere Gefühlslagen umbrechen. Patienten mit BPS haben oft wenig Kontakt zu ihren Gefühlen oder nehmen ihr emotionales Erleben als Achterbahnfahrt bzw. als unkontrollierbares Chaos wahr, dem sie sich ausgeliefert fühlen. Fast alle Patienten mit BPS berichten über subjektiv empfundene Spannungszustän-

de, die ohne plausible äußere Anlässe plötzlich auftauchen und kaum zu ertragen sind, so dass die Betroffenen auf rasch wirksame Entlastungen zurückgreifen, die die Spannungszustände zwar kurzfristig erträglicher machen, längerfristig aber mit negativen Folgen für das Leben in sozialen Zusammenhängen oder die eigene Gesundheit verbunden sind.

Die unkontrollierte Einnahme von Drogen oder Alkohol, riskantes Verhalten wie das Balancieren auf Brückengeländern oder gefährliche Rasereien mit dem Auto, Essattacken, riskanter Sex oder impulsive Geldausgaben sind typische Beispiele für langfristig schädliche Verhaltensweisen, die in der Regel der Entlastung von Spannungszuständen oder der Befreiung aus subjektiv empfundener Ohnmacht gegenüber dem eigenen Gefühlsleben dienen. Auch Selbstverletzungen in Form von

Schnitten oder Verbrennungen bis hin zu Suizidversuchen stellen von Seiten der Patienten hilflose Versuche dar, zumindest kurzfristig Herr über die aus den Fugen geratenen Emotionen zu werden. Die Gefährlichkeit solcher Verhaltensweisen schlägt sich in 7-10 % vollendeter Suizide bei Patienten mit BPS nieder. Gleichzeitig besteht in der Regel eine extrem abwertende Selbstsicht, die Patienten berichten über Selbsthass und Selbstverachtung, was wiederum Selbstbestrafungsimpulse aktiviert.

Im zwischenmenschlichen Bereich dominieren in den Berichten der Betroffenen meistens tief greifende Gefühle der Vereinsamung und der Leere, selbst in Gesellschaft anderer Menschen fühlen Patienten mit BPS sich oft nicht zugehörig und isoliert. Die damit verbundenen Gefühle von Angst oder Panik vor dem subjektiv empfundenen

sozialen Ausschluss motivieren auf der einen Seite hilfeschendes Verhalten im zwischenmenschlichen Kontext durch die Demonstration eigener Hilfs- und Schutzbedürftigkeit, allerdings häufig in sozial unverträglicher Art wie durch generalisierte ängstliche Passivität, anklammerndes Verhalten oder auch Suizidandeutungen oder -drohungen. Auf der anderen Seite werden die oft viel zu schnell eingegangenen intimen Beziehungen aus der eigenen Überzeugung heraus, nicht liebenswert und minderwertig zu sein, zerstört. Probleme bei der Regulation intensiver Wutgefühle verschärfen die zwischenmenschlichen Schwierigkeiten. Zu der affektiven Instabilität, den Problemen der Verhaltenskontrolle und den Schwierigkeiten in der Gestaltung

zwischenmenschlicher Beziehungen kommen bei vielen Betroffenen Störungen des Denkens oder der Wahrnehmung im Sinne dissoziativer Symptomatik hinzu. Insbesondere im Zusammenhang mit Spannungszuständen berichten viele Patienten mit BPS über den Verlust von Schmerzempfindungen, häufig spüren sie auch bei gravierenden Selbstverletzungen keinen Schmerz. Auch die Hautsensibilität kann abnehmen oder es entsteht ein Gefühl der Unwirklichkeit (Derealisations- oder Depersonalisationserleben). Merkwürdige Sinnestäuschungen dauern selten länger als einige Stunden oder wenige Tage an, meistens handelt es sich dabei um gehörte oder gesehene albraumartige Figuren, die nicht selten mit früheren Traumatisie-

rungen zusammenhängen und die für die Betroffenen oft äußerst beängstigend wirken. Paranoide Gedanken wie der Eindruck, beobachtet oder verfolgt zu werden, werden ebenfalls von Betroffenen berichtet. Im Gegensatz zu Patienten mit Schizophrenien oder psychotischen Erkrankungen sind die Sinnestäuschungen von Patienten mit BPS aber eher flüchtig und stehen in der Regel in Bezug zu emotionalen Überlastungssituationen.

<u>Affektive Kriterien</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Unangemessene, sehr heftige Wut oder Schwierigkeiten, Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, lang anhaltende Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen) • Chronisches Gefühl der inneren Leere • Affektive Instabilität, die auf eine sehr ausgeprägte Reaktion auf Stimmungen zurückzuführen ist (z.B. Depressionen, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Zustände gewöhnlich einige Stunden und nur selten länger als einige Tage dauern)
<u>Kognitive Kriterien</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Vorübergehende, stressabhängige paranoide Vorstellungen oder eindeutige dissoziative Symptome • Identitätsstörung: auffällig und durchgängig instabiles Selbstbild oder Selbstwahrnehmung
<u>Verhaltenskriterien</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Wiederholte suizidale Handlungen, Suizidandrohungen oder selbstverletzendes Verhalten • Impulsives Verhalten bei mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Handlungen (außer suizidale oder selbstverletzende Handlungen, also z.B. Geldausgeben, Sex, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren oder Essanfälle)
<u>Zwischenmenschliche Kriterien</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Verzweifelte Versuche, tatsächliches oder vorgestelltes Verlassenwerden zu vermeiden • Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen, die durch einen Wechsel zwischen den Extremen Idealisierung und Abwertung gekennzeichnet sind

Tabelle 1:
Diagnose-Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV (5 der 9 Kriterien müssen zur Diagnosestellung eindeutig zutreffen)

Wenn Patienten über derartige Symptome berichten, empfiehlt es sich, eine systematische Überprüfung der vorliegenden Symptomatik mittels des IPDE-Interviews (Loranger, 1999) vorzunehmen, das dann durch Selbstbeurteilungsfragebögen wie die Borderline-Symptom-Liste (BSL; Bohus et al., 2001; Bohus et al., 2009) oder quantifizierbare Fremdeinschätzungen wie in der Zan-Scale (Zanarini, 2003) ergänzt werden kann. Zur möglichst vollständigen Erfassung der zahlreichen zusätzlichen Störungen (Komorbiditäten) empfiehlt es sich, ein strukturiertes Interview wie das SKID-I-Interview einzusetzen: Über 75 % der Patienten mit BPS leiden unter gleichzeitig auftretenden Depressionen, ca. 50 % an Posttraumatischen Belastungsstörungen, 65 % an Suchstörungen und Substanzmissbrauch, 30 % an Sozialer Phobie, 40 % an Essstörungen usw.; vgl. Lieb et al., 2004; Lenzenweger et al., 2007)

Häufigkeit und Verlauf

Während die BPS in früheren Untersuchungen als Störung verstanden wurde, die v.a. Frauen betrifft, wissen wir heute aus mehreren neueren epidemiologischen Untersuchungen, dass der Anteil von Männern und Frauen mit BPS in der Bevölkerung sich nicht nennenswert unterscheidet (Coid et al., 2006; Lenzenweger et al., 2007; Grant et al., 2008). Lediglich in psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungseinrichtungen sind Frauen mit BPS häufiger anzutreffen als Männer. Wahrscheinlich werfen Männer

mit BPS eher forensische Probleme auf. Mit 1,5 % Betroffenen unter den Erwachsenen zählt die BPS zu einer der häufigsten psychiatrischen Störungen. Bei Adoleszenten im Alter von 14-21 Jahren wird die Häufigkeit der BPS sogar auf etwa 5-6 % in der Bevölkerung geschätzt. Bernstein und Mitarbeiter (1993) finden eine Quote von 7,8 % unter Jugendlichen mit BPS in einer repräsentativen Stichprobe im Alter von 11-21 Jahren. Die mit etwa 5 % deutlich höhere Rate an betroffenen Jugendlichen im Vergleich zu der mit 1,5 % geringeren Häufigkeit im Erwachsenenalter zeigt, dass sich die emotional instabile und impulsive Symptomatik bei etwa $\frac{3}{4}$ der im Jugendalter Betroffenen mit zunehmendem Alter wieder normalisiert.

Für die Hypothese einer guten Prognose für die Mehrzahl der Borderline-Erkrankten sprechen auch Daten aus Langzeitverläufen von Patienten mit BPS, die von der Arbeitsgruppe um Zanarini (2006) sorgfältig untersucht wurden. Die Arbeitsgruppe untersuchte 290 Patienten mit BPS über einen Zeitraum von 12 Jahren und fand, dass sich die Anzahl der Patienten mit erfüllten Diagnosekriterien der BPS etwa alle 4 Jahre halbiert, d.h. dass die Diagnosekriterien etwa bei der Hälfte der untersuchten Patienten bei einer 4 Jahre späteren Nachuntersuchung nicht mehr vollständig erfüllt waren und diese Patienten in dieser Untersuchung als remittiert galten. Trotz dieses auf den ersten Blick optimistisch stimmenden Eindrucks muss aber angemerkt werden, dass die in der Untersuchung von Zanarini als remittiert gel-

tenden Patienten keineswegs psychisch gesund waren. Insbesondere depressive Störungen, Wutgefühle und tiefgreifende Gefühle von Einsamkeit und Verlassenheit blieben auch bei den meisten Patienten bestehen, die die Kriterien der BPS nicht mehr vollständig erfüllten (Zanarini et al., 2007). Zusätzlich zu diesen Problemen, die Linehan auch als „stille Verzweiflung“ bezeichnet, litten die nicht gebesserten Patienten neben der psychopathologischen Symptomatik unter einer schlechten sozialen Anpassung (Arbeitslosigkeit, keine Integration in soziale Netze), chronischen körperlichen Problemen wie Fibromyalgie, Erschöpfungssyndromen (chronic fatigue), Adipositas, Diabetes, Bluthochdruck, chronischen Rückenschmerzen oder anderen schwer behandelbaren somatischen Beschwerden (Zanarini et al., 2005). Eine bessere Prognose schienen Borderlinepatienten dann zu haben, wenn sie zum Untersuchungszeitpunkt jünger waren und die Borderline-Symptomatik weniger lange bestand, wenn eine gute schulische oder berufliche Ausbildung bestand und wenn sie sich sozial verträglicher verhielten. Für eine schlechte Prognose und ein höheres Chronifizierungsrisiko schienen frühe sexuelle Missbrauchserfahrungen und Suchterkrankungen in der Herkunftsfamilie zu sprechen (Zanarini et al., 2006). Vorangegangene Suizidversuche und selbstverletzendes Verhalten, ein höheres Lebensalter und eine schlechte soziale Anpassung scheinen das Risiko eines späteren vollendeten Suizides zu erhöhen.

In einer Untersuchung der Freiburger Arbeitsgruppe (Jerschke et al., 1998) wurde die Behandlungsgeschichte von 45 Patienten mit BPS untersucht. Durchschnittlich verbrachten diese Patienten 45 Tage pro Jahr in Krankenhäusern und erlebten im Mittel 5 stationäre Aufnahmen v.a. wegen Suizidalität, Selbstverletzungen und Alkohol- und Drogenproblemen. Etwa bei 20 % der stationären Aufnahmen handelte es sich um Zwangseinweisungen. Ambulant unternahmen die Patienten durchschnittlich 2,2 Therapieversuche mit mehr als 5 Stunden ambulanter Psychotherapie. Erschreckend ist bei der Evaluation der Gründe für das Ende der psychotherapeutischen Behandlungen, dass nur etwa 1/4 der ambulanten Psychotherapien regulär beendet wurden, 3/4 der ambulanten Psychotherapien endeten durch Behandlungsabbrüche oder Weiterüberweisungen. Der Prozentsatz von Borderline-Patienten in stationären psychiatrisch/psychotherapeutischen Kliniken wird auf etwa 15 % geschätzt, der Anteil von Patienten mit BPS in psychotherapeutischen und psychiatrischen Praxen ist mit 10-30 % ebenfalls sehr hoch. Die resultierenden Behandlungskosten pro Patient werden in der Arbeit von Jerschke und Mitarbeitern 1998 auf 12.000,- € pro Jahr geschätzt, von denen etwa 11.000,- € auf den stationären Bereich entfielen.

Insgesamt zeigen die Daten zur Epidemiologie, dass die Borderline-Störung im Jugendalter am häufigsten auftritt und die Störung bei etwa 1/3 der Betroffenen chronifiziert, insbesondere

wenn die soziale Integration in Form von schulischen und beruflichen Ausbildungsversuchen und der Aufbau sozialer Netze scheitert. Bei inadäquaten oder fehlenden Behandlungsangeboten insbesondere für jüngere und noch nicht chronifizierte Patienten entsteht eine erhebliche Belastung für das Gesundheitssystem durch die häufige und nicht nachhaltig wirksame Inanspruchnahme stationärer Behandlungsangebote.

Behandlungsmöglichkeiten

Nach erfolgter Diagnostik gilt es also, Patienten mit BPS möglichst frühzeitig einer qualifizierten störungsspezifischen Therapie zuzuführen. Aus wissenschaftlicher Sicht kann lediglich die Dialektisch behaviorale Therapie (DBT) für sich in Anspruch nehmen, ihre Effektivität in mehreren kontrolliert randomisierten Studien belegt zu haben, so dass diese Behandlungsform heute bei der Behandlung von Patienten mit BPS als Methode der Wahl gilt und auch von den führenden Fachgesellschaften empfohlen wird (Bohus et al., 2008) (eine Übersicht über kontrolliert randomisierte Studien zur Therapie der BPS geben Lieb et al., 2004).

Durch eine Behandlung mit der 1993 von Marsha Linehan manualisierten Methode der DBT (Linehan, 1993 a und b; Bohus, 2002; Bohus & Wolf, 2009) können die Häufigkeit von Suizidversuchen und Selbstverletzungen ebenso verbessert werden wie die Symptombelastung durch affektive Symptome wie Depressivität und Ängstlichkeit und komorbide Probleme wie Essstö-

rungen und Suchtprobleme sowie die soziale Integration.

Zusätzlich wurden in den letzten Jahren eine Reihe von Spezialisierungen entwickelt: DBT für jugendliche Patienten mit BPD (Miller et al., 1997), DBT für Patienten mit BPD und Suchtstörungen (Linehan et al., 1999) oder DBT für Patienten mit Essstörungen (Palmer et al., 2003) oder für Patienten im forensischen Bereich (Evershed et al. 2003). Erst in jüngster Zeit wurde ein spezifisches Behandlungsprogramm für Borderline-Patienten mit schwerem sexuellen Missbrauch in der Kindheit (DBT-PTSD) entwickelt (Dyer et al., im Druck) (eine Übersicht über die speziellen DBT Angebote geben Höschel und Bohus, 2007). In Deutschland verbreitete sich die DBT in den vergangenen Jahren ausgehend von den Arbeiten der Freiburger Arbeitsgruppe (Bohus et al., 2000 und 2004) im stationären und ambulanten Bereich (Gunia et al., 2000; Höschel, 2006).

Der Dachverband Dialektisch Behaviorale Therapie (DDBT) informiert auf seiner Internetseite (www.dachverband-dbt.de) über Behandlungsangebote und über Möglichkeiten zur Aus- und Weiterbildung in DBT. Akkreditierte Weiterbildungsinstitute wie z.B. die AWP Freiburg (www.borderline-online.de) haben sich zum Ziel gesetzt, durch die qualifizierte Weiterbildung von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, Mitarbeitern der Pflege und von Sozialarbeitern oder weiteren an der Behandlung von Borderline-Patienten beteiligten Berufsgruppen die unbefriedigende Versorgungssituation im Hinblick auf ausrei-

chend qualifizierte ambulante und stationäre Behandler zu verbessern.

Die Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT)

In der DBT werden vor dem Hintergrund einer biopsychosozialen Theorie der BPS akzeptierende und veränderungsorientierte Therapiestrategien in eine Balance gebracht. Auf der Seite akzeptierender Strategien beinhaltet die Validierung von Emotionen, Gedanken und Handlungen den aktiven Ausdruck von Verständnis von Seiten des Therapeuten für die subjektiv

handlung bereitet eine positive Arbeitsbeziehung zwischen Therapeut und Patient vor, so dass Machtkämpfe und Therapieabbrüche unwahrscheinlicher werden und eine konstruktive Arbeitshaltung auch im Hinblick auf fordernde und veränderungsorientierte Behandlungsinhalte möglich wird.

Den philosophischen Hintergrund der DBT bietet „Achtsamkeit“, eine aus dem ZEN entwickelte Haltung sich selbst und der Welt gegenüber, die getragen ist von einer fortwährenden Verbesserung der Wahrnehmung für das gegenwärtige Erleben, und einer fortwährenden Verbesserung der Akzep-

Ein umfangreiches, transparentes Regelwerk ermöglicht die Betreuung und Behandlung von mehreren Borderline-Patienten auch in größeren Gruppen wie Wohngemeinschaften oder in stationären Behandlungseinheiten. Gerade hier hat sich gezeigt, dass Borderline-Patienten – entgegen ihrem Ruf – oft sehr prosoziale Eigenschaften haben, und sich gegenseitig unterstützen. Die DBT zielt darauf, diese wertvollen Ressourcen zu nutzen.

Die Behandlung der Patienten gliedert sich dahingehend, dass schwere problematische oder gefährliche Verhal-

Validierungsstufe	Beschreibung	Erläuterung
1	Aufmerksamkeit	Interessiertes und aktives Zuhören, Erinnern von früher Gesagtem, nachfragen, nicht bewertend
2	Genaue Reflexion	Vermitteln, dass das Gesagte verstanden worden ist, Patientenperspektive ist der momentane „Ist-Zustand“, auch wenn er nicht die einzig mögliche Perspektive ist
3	Artikulation von Nichtverbalisiertem	Ansprechen von Gefühlen, Gedanken und Verhaltensmustern, die der Patient erlebt, aber nicht anspricht
4	Validierung in Termini vorangegangener Lernerfahrungen, biologischer Dysfunktionen oder der Pathologie	Das Erleben und Verhalten wird nicht „gutgeheißen“, ist aber vor dem Hintergrund der Biographie, der Pathologie oder von biologischen Parametern verständlich
5	Validierung in Termini von gegenwärtigen Umständen	Das Erleben und Verhalten des Patienten ist aufgrund eines aktuellen Auslösers (besonders von aktivierten Grundannahmen) nachvollziehbar, unterschiedliche Wertmaßstäbe werden respektiert
6	Patient als Person wird in radikaler Echtheit als valide behandelt, Entpathologisierung von Problemen und Symptomen	Patient wird als Person mit gleichem Status behandelt; Probleme werden als normal und nicht als pathologisch angesprochen (z.B. „es ist normal, traurig zu sein, wenn der Partner zu einer Reise aufbricht, das geht mir auch so“); Therapeut glaubt an die Fähigkeit des Patienten zur Veränderung

Table 2: Validierungsstrategien

nachvollziehbare Logik im inneren Erleben und im Verhalten der Patienten. Der Einsatz unterschiedlicher Validierungsstrategien (vgl. Tabelle 2) zum jeweils geeigneten Zeitpunkt in der Be-

tanz des eigenen Erlebens, so wie es im Augenblick sich eben darstellt (Übersicht siehe Bohus & Huppertz, 2006).

tenweisen wie Suizidversuche, abrupte Therapieabbrüche, Hochrisikoverhalten oder Selbstverletzungen zu Beginn der Behandlung angegangen werden. Erst wenn diese schweren Störungen

der Verhaltenskontrolle bewältigt sind, konzentriert sich die DBT auf weitere Störungen des emotionalen Erlebens. Die Behandlung basiert auf verhaltensanalytischen Methoden und einer jeweils präzisen Analyse der vorausgehenden und nachfolgenden Bedingungen des jeweiligen Problemverhaltens, auch unter Einbeziehung von Systemvariablen.

Von den jeweils einzelnen Situationen ausgehend wird im Verlauf der Therapie von Patient und Therapeut gemeinsam ein immer besseres Verständnis der auftretenden Symptomatik erarbeitet. Veränderungsstrategien umfassen dann eine breite Palette verhaltenstherapeutisch orientierter Interventionen wie Selbstbeobachtung, kognitive Umstrukturierung, Expositionsverfahren, Kontingenzmanagement und generell die Aneignung neuer Fertigkeiten.

Zielhierarchisierung und Behandlungsphasen

Aufgrund der Komplexität von Symptomatik und Problembereichen bei Patienten mit BPS ist es immer wieder nötig, eine sorgfältige Auswahl und Hierarchisierung der aktuell in die Behandlung einzubeziehenden Behandlungsziele und –foki vorzunehmen. Die DBT orientiert sich an dem Grundsatz, dass potentiell lebensgefährliche Verhaltensweisen absoluten Vorrang in der Behandlung haben (z.B. Vorbereitungen für Suizidversuche, schwere Selbstverletzungen, unkontrollierte Substanzeinnahmen). An zweiter Stelle der Zielhierarchie stehen therapiegefähr-

dende Verhaltensweisen (z.B. Nicht-Erscheinen zu Sitzungen, mangelnde Offenheit in der Behandlung, Vermeiden der Erledigung von Hausaufgaben oder Übungen etc. aber auch Störungen der therapeutischen Gemeinschaft, oder, in betreuten Wohngemeinschaften, der Mitbewohner). Zunächst werden präzise Analysen vorausgehender und nachfolgender Bedingungen problematischer Verhaltensweisen gemeinsam mit dem Patienten untersucht. An eine solche Verhaltensanalyse schließt sich dann die Lösungsanalyse an (welche Fertigkeiten muss ein Patient rasch erlernen, um zukünftig auf therapiegefährdendes Verhalten verzichten zu können? welche kurzfristig wirksamen Verstärker erhalten therapiegefährdendes Verhalten aufrecht und müssen verändert werden?). Erst wenn keine gefährlichen oder therapiegefährdenden Verhaltensmuster vorliegen, werden auf der dritten Ebene der Zielhierarchie Verhaltensmuster ins Zentrum der Behandlung gestellt, die die Lebensqualität des Patienten erheblich belasten (z.B. Essstörungen, zwischenmenschliche Probleme, leichtere Dissoziationen, soziale Probleme wie Arbeits- oder Wohnungslosigkeit, Vermeidungsverhalten etc.). Zur Lösung von Problemen auf den drei Ebenen der Zielhierarchisierung müssen Patienten mit BPS sich in der ersten Behandlungsphase neue Verhaltensfertigkeiten aneignen, die in der DBT in einem einzeltherapiebegleitenden Fertigkeitentraining vermittelt und geübt werden. Erst nach dem Aufbau der neu zu erlernenden Fertigkeiten

und nach ausreichender Reduktion chaotisch anmutender, gefährlicher oder hochgradig dysfunktionaler Verhaltensmuster können in einer zweiten Behandlungsphase emotionale Störungen, die häufig auf der Grundlage langjähriger traumatischer Erfahrungen bestehen, bearbeitet werden. In einer dritten Behandlungsphase steht dann die Neuorientierung und die individuelle Entwicklung und Umsetzung von Lebensplänen im Zentrum der Behandlung (s.a. Tabelle 3).

Behandlungsstufen	Fokussierte Zielvariablen
Phase I	Suizidales und parasuizidales Verhalten schwer therapiezerstörendes Verhalten Drogeneinnahme (in DBT-Sucht) Gewalt (in DBT-Forensik)
Phase II	Zentrale emotionale Probleme posttraumatische Belastungsfolgen andere, nicht lebensgefährliche Achse-I-Störungen
Phase III	Neuorientierung im Hinblick auf eigene Werte Umsetzung von Wertvorstellungen und Lebensplänen, berufliche Tätigkeit, finanzielle Unabhängigkeit, Integration in soziale Netze

Tabelle 3: Behandlungsstufen (Stages) und zentrale Zielvariablen in der DBT

Fertigkeitentraining

Im Fertigkeiten- (oder Skills-) training (Bohus & Wolf, 2009) werden maximal 9 Patienten von zwei Trainern im Aufbau neuer Verhaltensfertigkeiten geschult, wobei das Fertigkeitentraining grundsätzlich Seminar- oder Schulungscharakter besitzt und keine psychotherapeutische Prozessgruppe darstellt. Es werden Fertigkeiten aus den Bereichen der Achtsamkeit, der Stresstoleranz, des Umgangs mit Gefühlen und der zwischenmenschlichen Kompetenzen bearbeitet. Beim Achtsamkeitstraining werden grundlegende Fertigkeiten der konzentrierten und nicht-bewertenden Aufmerksamkeitssteuerung in Anlehnung an die ZEN-Tradition vermittelt und geübt. Fertigkeiten zur Erhöhung der Stresstoleranz sind Verhaltensweisen, mit denen die Patienten ihre Fähigkeit zum Tolerieren und Regulieren von Spannungszuständen verbessern können, um zukünftig Alternativen für impulsive und chaotische Verhaltensmuster zu haben. Um die Möglichkeiten zu verbessern, eigene Gefühle rasch wahr zu nehmen und

zu modulieren, lernen die Patienten Fertigkeiten aus dem Modul „Bewusster Umgang mit Gefühlen“. Dabei wird die Toleranz und die sorgsame Wahrnehmung situationsangemessener Gefühle verbessert, während übertrieben starke oder situationsunangemessene Gefühle mit speziellen Techniken und Fertigkeiten abgeschwächt oder verändert werden. Im zwischenmenschlichen Bereich werden verbesserte Kompetenzen beim Durchsetzen eigener Ziele, beim Werben um Sympathie und Zuvwendung und beim Wahren von Selbstachtung im Umgang mit anderen Menschen vermittelt und geübt. Zur Generalisierung der Anwendung der vermittelten grundlegenden Fertigkeiten dürfen Patienten in der DBT unter genau abgesprochenen Bedingungen und unter Wahrung der Grenzen des Therapeuten zwischen den Sitzungen telefonisch Kontakt mit ihren Therapeuten aufnehmen, um sich in Krisensituationen in der Skillsanwendung coachen zu lassen.

Die erhebliche Belastung, der ambulante DBT-Therapeuten zumindest in der ersten Behandlungsphase ausge-

setzt sind, wird durch wöchentlich stattfindende unterstützende Team- und Supervisionssitzungen abgefangen. Dabei gilt der Grundsatz, dass die Lernmechanismen, denen das Verhalten der Patienten unterliegt, auch für das Therapeutenverhalten relevant sind und nicht selten brauchen Therapeuten das Super- oder Interventions-team, um auf ungünstiges Therapeutenverhalten aufmerksam gemacht zu werden, das möglicherweise sogar in der Therapie verstärkt wird. Die Aneignung therapeutischer Kompetenzen im Umgang mit Borderline-Patienten einschließlich des eigenen achtsamen Umgangs mit Gefühlen und die emotionale Unterstützung der Therapeuten in schwierigen Therapiesituationen zählen somit zu den zentralen akzeptierenden und veränderungsorientierten Aufgaben des Super- oder Intervisionsteams.

Behandlung in Netzwerken

Obwohl die Mehrzahl der mit DBT behandelten Borderline-Patienten von dem Behandlungsangebot nachhaltig profitiert, sehen wir insbesondere im Jugendbereich, dass ungünstige Verläufe mit schweren Rückfällen und Chronifizierungen durch eine Rückkehr der Patienten in ungünstige soziale Bedingungen selbst nach erfolgreichen stationären Intensivbehandlungen bedingt werden können. Es besteht also eine wesentliche Aufgabe von komplementären oder im Alltag unterstützenden Behandlungsangeboten (wie z.B. Wohnheime, ambulant oder stationär betreute Wohngruppen für Jugendliche oder junge Erwachsene), die Nachhaltigkeit von Behandlungserfolgen durch die Schaffung eines positiven Lernmilieus für die Betroffenen zu ermöglichen. Hierbei ist es insbesondere in Deutschland erfreulich, dass entsprechende Konzepte auf der Grundlage der DBT entstehen oder bereits erprobt werden (die Veröffentlichung eines DBT-Konzeptes im komplementären Bereich befindet sich unter dem Arbeitstitel DBT-K in Vorbereitung).

Dabei scheint ein möglicher Behandlungsplan sinnvoll, in dem z.B. akute oder gefährliche Symptomatik im Rahmen einer stationären Intensivtherapie abgebaut oder zumindest eingedämmt wird. Insbesondere in Lübeck, Saar-

brücken und Freiburg beschäftigen sich Arbeitsgruppen mit der Weiterentwicklung des speziellen Angebotes der DBT bei der Behandlung adoleszenter Patienten (DBT-A). Im Falle ungünstiger sozialer Bedingungen (z.B. Abhängigkeitserkrankungen von Angehörigen, missbrauchende oder vernachlässigende Angehörige, Überforderung mit der Erziehungsverantwortung von Seiten der Eltern) empfiehlt sich der Wechsel des Betroffenen in eine ambulante oder stationär betreute Wohneinrichtung, die nach dem DBT-K-Konzept arbeitet. In einer solchen Einrichtung oder mit Hilfe ambulanter Behandlungsangebote kann dann die Aufrechterhaltung der Verbesserungen aus der stationären Therapie ermöglicht werden und zusätzlich kann an der nachhaltigen Verbesserung der Lebensqualität gearbeitet werden.

In einem Ansatz von K. Comtois (DBT-ACES, unpubliziertes Manual, die deutsche Übersetzung befindet sich in Vorbereitung), werden Patienten mit BPS Hilfen zur Verbesserung der Lebensqualität angeboten. In dieser DBT-Behandlung können Patienten nach der akuten Reduktion lebensgefährlicher oder behandlungszerstörender Verhaltensweisen Fertigkeiten aufbauen, die ihnen ermöglichen, den Anforderungen normativer und produktiver Ausbildung oder Arbeitstätigkeit ge-

recht zu werden, eine Unabhängigkeit von Angeboten des Gesundheitssystems zu erreichen und befriedigende soziale Netze aufzubauen. Hierfür lernen die Patienten mit Hilfe von Einzeltherapie und einem für diese Behandlungsstufe spezialisierten Gruppenskillstraining Fertigkeiten zur Regulierung kritischer Gefühle wie Angst, Wut oder Depressivität, Strategien zum Aufbau und zur Pflege sozialer Netze, Kompetenzen zum Lösen von Problemen oder zur Verbesserung ungünstiger Arbeitshaltungen wie Perfektionismus oder Meidung von Leistungsanforderungen.

Insgesamt scheint aus unserer Sicht die Verbesserung der derzeit bei weitem noch nicht ausreichenden störungsspezifischen Behandlungsangebote für Patienten mit BPS im Sinne von Behandlungsnetzwerken mit Einbezug stationärer intensivtherapeutischer Behandlungseinrichtungen, ambulanter Therapeuten und komplementärer Behandlungsangebote bis hin zum Einbezug von Schulungs- und Förderungsmaßnahmen der Arbeitsagenturen oder anderer Hilfeinrichtungen dringend notwendig und eine der großen Herausforderungen der nächsten Jahre.

Literaturhinweise

finden Sie auf unserer Homepage unter "praxis im dialog" als Download.