



Leseprobe aus Höschel, Therapie-Basics Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT),
ISBN 978-3-621-28977-1 © 2023 Programm PVU Psychologie Verlags Union
in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel
[http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/
gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28977-1](http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28977-1)

Inhalt

Verzeichnis der Informations- und Arbeitsblätter	6
Vorwort	9
Hinweise zur Arbeit mit diesem Buch	11
I Was ist die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)?	
1 Wie entstand die DBT?	14
2 Was sind die Grundlagen und Grundhaltungen der DBT?	17
3 Was sind Indikationen und Kontraindikationen?	36
4 Wie sieht ein idealtypischer bzw. beispielhafter Therapieverlauf aus?	40
5 Wie gestalte ich die Therapiebeziehung in der DBT?	56
6 Was sind die wichtigsten Techniken und Strategien der DBT?	64
7 FAQ	86
II DBT im Einsatz	
8 Beispieldialoge und Hilfestellungen	96
9 Dos und Don'ts	121
10 Mein Wissen überprüfen	130
Hinweise und Lösungsbeispiele	140
11 Wo kann ich mehr erfahren?	143
Literatur	148

INFO 3 • V

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung: Häufigkeit, Verlauf und Diagnostik



Häufigkeit und Verlauf

Die Häufigkeit der Borderline-Persönlichkeitsstörung hängt sehr stark von der untersuchten Alterskohorte ab und schwankt zwischen 0,7 und 5 %. Die Erkrankung beginnt meist in der Adoleszenz, hier findet man die höchste Quote an Betroffenen (Wong et al., 2020). Ab dem mittleren Erwachsenenalter scheint die Prävalenz deutlich abzunehmen. Die Lebenszeitprävalenz beträgt etwa 5,9 % (Grant et al., 2008). Langzeitverläufe zeigen, dass die im Alter von 14 Jahren erhobenen Borderline-Symptome Prädiktoren für die berufliche und soziale Entwicklung sowie für die spätere Lebensqualität sein können (Winograd et al., 2008): Borderline-Patient:innen scheinen sich weniger häufig in Partnerschaften zu befinden, schlechtere Bildungsabschlüsse, ein niedrigeres Einkommen und weniger Lebenszufriedenheit zu haben. Dies deckt sich mit anderen Erhebungen, die Zusammenhänge zwischen niedrigem Einkommen, einem ledigen Beziehungsstatus (alleinstehend/getrennt/verwitwet) und einer Borderline-Persönlichkeitsstörung fanden (Grant et al., 2008). Diese Befunde scheinen selbst bei Abklingen der Primärsymptomatik stabil zu bleiben (Gunderson et al., 2011).

Borderline – eine weibliche und chronische Erkrankung?

Früher ging man davon aus, dass die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine rein weibliche Erkrankung sei, da man diese gehäuft unter Frauen im Rahmen von wissenschaftlichen Untersuchungen an Psychotherapie-Patient:innen fand. Heute weiß man, dass die Geschlechterverteilung annähernd gleich ist (Grant et al., 2008). Eine mögliche Erklärung für die gefundenen Unterschiede könnte die vermehrte Inanspruchnahme von Psychotherapie durch Frauen sein. Auch die angenommene Chronizität der Erkrankung scheint sich nicht in den wissenschaftlichen Untersuchungen von Langzeitverläufen widerzuspiegeln, wenngleich negative Auswirkungen auf das allgemeine Funktionsniveau und sozioökonomische Faktoren auch nach Remission zu beobachten sind.



Diagnostische Kriterien nach DSM-5

- (1) verzweifertes Bemühen, reales oder imaginäres Alleinsein zu verhindern
- (2) Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen
- (3) Identitätsstörungen: eine ausgeprägte Instabilität des Selbstbilds oder des Gefühls für sich selbst
- (4) Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstbeschädigenden Bereichen (z. B. Geldausgeben, Sex, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, Fressanfälle)
- (5) wiederkehrende Suizidrohungen, -andeutungen oder -versuche oder selbstschädigendes Verhalten
- (6) affektive Instabilität, die durch eine ausgeprägte Orientierung an der aktuellen Stimmung gekennzeichnet ist (z. B. starke episodische Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit oder Angst)
- (7) chronisches Gefühl der Leere
- (8) unangemessen starke Wut oder Schwierigkeiten, Wut oder Ärger zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernder Ärger, wiederholte Prügeleien)
- (9) vorübergehende stressabhängige paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome

Fünf dieser neun Kriterien sind zur Diagnosestellung erforderlich.

Die Biosoziale Theorie der Borderline-Persönlichkeitsstörung



Die DBT wurde auf der Basis einer Biosozialen Theorie der Persönlichkeitsorganisation entwickelt. Darunter versteht man die Entwicklung der psychischen Störung als Folge biologischer Auffälligkeiten, die mit bestimmten prägenden Umweltbedingungen interagieren und eine emotionale Fehlregulation bedingen.

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung wird von Linehan (1993) als Störung definiert, die mit

- ▶ der Unfähigkeit, Gefühle zu steuern, und
- ▶ einer hohen emotionalen Verletzbarkeit (Vulnerabilität) einhergeht.

Emotionale Vulnerabilität bei BPS

Diese Unfähigkeit bezieht sich in der Regel sowohl auf negative (als unangenehm erlebte) als auch positive (als angenehme erlebte) Emotionen. Parasuizidalen Verhaltensweisen, die das eigene Ableben in Kauf nehmen, und anderen selbstschädigenden Verhaltensweisen kommt hierbei die Funktion von kurzfristig hilfreichen und langfristig dysfunktionalen Emotionsregulationsstrategien zu.

Definition • Emotionale Vulnerabilität

Unter einer erhöhten emotionalen Verletzbarkeit versteht Linehan eine niedrige Schwelle für emotionale Reaktionen, d. h., dass bereits geringfügige Anlässe zu emotionalen Reaktionen führen können.

Diese emotionalen Reaktionen sind häufig überschießend und für das Umfeld schwer nachzuvollziehen. Nach einer emotionalen Reaktion benötigen Betroffene demnach viel Zeit, um sich wieder zu beruhigen. Sie sind empfindlicher gegenüber nachfolgenden emotionalen Reizen.

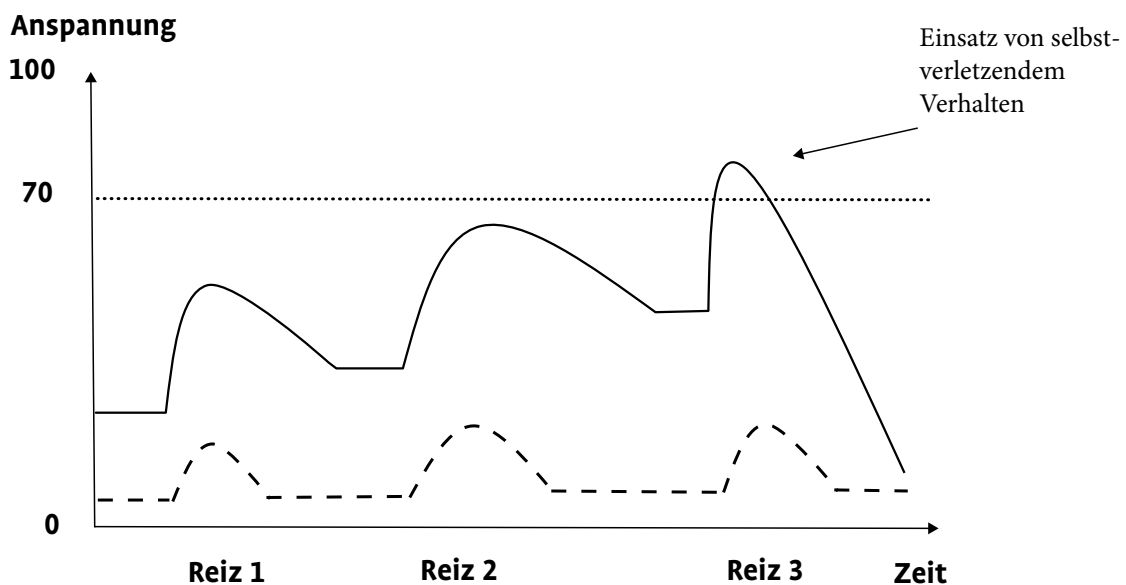


Abbildung: Beispiel emotionaler Verletzbarkeit bei einer/einem Borderline-Patient:in

Die Biosoziale Theorie der Borderline-Persönlichkeitsstörung



Die durchgezogene Linie symbolisiert den Spannungsverlauf bei einer/einem Borderline-Patient:in im Vergleich mit einer Person ohne Borderline-Persönlichkeitsstörung (gestrichelte Linie). Die Reize 1 bis 3 stehen für Ereignisse, die eine emotionale Reaktion auslösen können. Vor dem Hintergrund einer erhöhten Baseline erkennt man die schnellere und ausgeprägtere emotionale Reaktion sowie deren langsames Abklingen und das Überschreiten einer Anspannung von 70 %. Über 70 % wird ein Bereich der Hochspannung angenommen, der Problemlösen und Regulation deutlich erschwert. Rasche Spannungsabfälle werden von Borderline-Patient:innen nach dem Einsatz dysfunktionaler Emotionsregulationsstrategien (z. B. selbstverletzendes Verhalten) berichtet.

Biologische Grundlagen

Hinweise auf genetische Einflüsse auf die Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung legen Zwillingsuntersuchungen der Forschergruppen um Torgersen (2000, 2008, 2012) nahe. Genetische Einflüsse scheinen bis zu 45 % der Varianz der Störung aufzuklären (Distel et al., 2009). Hirnphysiologische Auffälligkeiten zeigen sich in einer erhöhten Amygdala-Aktivität bei verkleinertem Volumen und einer reduzierten Aktivität des dorsolateralen präfrontalen Cortex (Schulze et al., 2016). Hippokampale Strukturen scheinen in ihrem Volumen ebenfalls reduziert zu sein (Nunes et al., 2009). Eine erhöhte amygdaläre Aktivierung bei gleichzeitiger Unteraktivierung des Spiegelneuronensystems wurde bei der Verarbeitung sozialer Reize nachgewiesen (Mier et al., 2013). Die erhöhte Komorbidität von AD(H)S in der Kindheit und einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenalter (Fossati et al., 2002) scheint ebenfalls eine biologische Basis nahezulegen. Daraus lässt sich vorsichtig schlussfolgern, dass AD(H)S in der Kindheit im Zusammenspiel mit weiteren Faktoren das Risiko der Entwicklung einer späteren Borderline-Persönlichkeitsstörung zu erhöhen scheint.

Invalidierende Umgebung

Unter einer invalidierenden Umgebung versteht Linehan (1993) ein Umfeld, das auf das Mitteilen von emotionalen Bedürfnissen nicht adäquat oder hilfreich reagiert. Geäußerte Gefühle werden ignoriert, bestraft oder trivialisiert.

■ Beispiel • Invalidierung durch sexuellen Missbrauch in der Kindheit

Ein drastisches Beispiel einer Invalidierung kann in Zusammenhang mit sexuellem Missbrauch beschrieben werden: Dem betroffenen Kind wird suggeriert, die validen Gefühle von Angst, Ekel und Scham, die es durch den Missbrauch erlebt, seien nicht passend, das als übergriffig erlebte Verhalten des/der Täter:in sei normal. Erlebt das Kind zusätzlich ein Ignorieren des Missbrauchs durch das Umfeld oder wird es bei der Mitteilung des Erlebten nicht ernstgenommen, wird es lernen, seine Gefühle und emotionalen Bedürfnisse in Frage zu stellen und versuchen, diese fortan zu ignorieren.

Häufig erleben Kinder in invalidierenden Umgebungen, dass extreme Gefühlsäußerungen die einzige Möglichkeit darstellen, vom sozialen Umfeld wahrgenommen zu werden. Es ergibt sich daraus ein Hin- und Herpendeln zwischen dem Unterbinden von Gefühlen und starken, überschießenden emotionalen Reaktionen (z. B. in Form von Wutausbrüchen). Auch wenn viele Borderline-Betroffene

Die Biosoziale Theorie der Borderline-Persönlichkeitsstörung

von sexuellem Missbrauch oder Gewalterfahrungen berichten (Zanarini et al., 1997), führen diese Erfahrungen nicht *zwangsläufig* zur Entwicklung einer Borderline-Störung. Erst im Zusammenspiel mit anderen Erfahrungen, z. B. Vernachlässigung durch beide Elternteile, scheint die Grundlage für die Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zu entstehen. Andersherum haben durchaus nicht *alle* Borderline-Betroffene Missbrauch oder schwere Gewalt erlebt, auch »harmlosere« Entwertungen, wie das von einer Patientin berichtete Gefilmtwerden bei kindlichen Wutausbrüchen, und Diffamierung im Familienkreis oder ein steter Vergleich mit den angepassteren Geschwistern kann eine Invalidierung darstellen und zusammen mit den beschriebenen biologischen oder emotionalen Vulnerabilitäten zur Ausbildung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung beitragen.

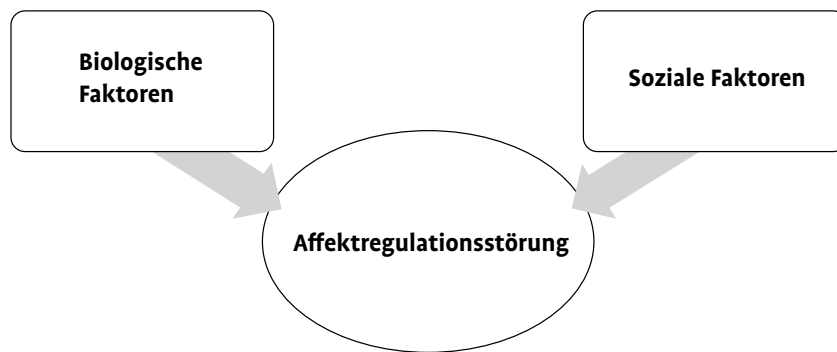



Abbildung: Biosoziales Modell der Borderline-Persönlichkeitsstörung

INFO 5 • V

Behandlungselemente der DBT

 Die DBT besteht aus vier Behandlungskomponenten:

- | | |
|--------------------------|----------------------------------|
| (1) Einzeltherapie | (3) Telefonische Beratung |
| (2) Fertigkeitentraining | (4) Therapeutische Teamsitzungen |

(1) Einzeltherapie

Eine wöchentlich stattfindende Einzeltherapie soll Betroffenen ermöglichen, langfristig schädliche Verhaltensweisen (z. B. Selbstverletzungen) abzubauen und durch hilfreiche Strategien (Fertigkeitenanwendung) zu ersetzen. Der/Dem Therapeut:in kommt dabei die Funktion zu, den Behandlungsverlauf kontinuierlich zu überwachen, die Motivation (*Commitment*) des/der Patient:in zur Anwendung geeigneter Techniken zur adäquaten Gefühlsregulation zu erhöhen, Hindernisse des therapeutischen Prozesses zu reflektieren und die therapeutische Beziehung durch akzeptanzorientierte Strategien (*Validierungen*) auszugleichen. Die Sitzungsdauer beträgt üblicherweise 50 Minuten und kann bei Bedarf in Krisenzeiten auf Doppelsitzungen oder zwei Termine pro Woche erweitert werden.

(2) Fertigkeitentraining (Skills-Training)

Das Fertigkeitentraining beinhaltet die psychoedukative Vermittlung der notwendigen Fertigkeiten (*Skills*) zur Reduktion der Primärsymptomatik im Gruppensetting. Die Gruppensitzungen sollen einmal wöchentlich für die Dauer von 2 bis 2,5 Stunden angeboten werden. Die Vermittlung der Inhalte der vier Themenbereiche

- ▶ Achtsamkeit,
- ▶ zwischenmenschliche Fertigkeiten,
- ▶ Fertigkeiten zur Emotionsregulation und
- ▶ Fertigkeiten zur Stresstoleranz

kann über ein halbes Jahr oder länger erfolgen. Es empfiehlt sich, die Gruppensitzungen durch zwei Therapeut:innen (*Trainer:innen*) anzubieten. Die Anzahl der Teilnehmer:innen beträgt mindestens zwei, üblicherweise nehmen sechs bis acht Patient:innen an der Gruppe teil.

(3) Telefonische Beratung

Ergänzend zum wöchentlichen Angebot der Einzeltherapie wird den Patient:innen eine telefonische Beratung außerhalb der Sitzungen durch den/die Einzeltherapeut:in angeboten. Die Patient:innen werden ermutigt, sich in Notsituationen an ihre:n Therapeut:in zu wenden, um Unterstützung bei der Fertigkeitenanwendung im Alltag zu bekommen. Die telefonischen Kontakte sollen 10 bis 20 Minuten nicht überschreiten und sich auf das Coaching der Fertigkeiten konzentrieren. Eine Psychotherapie am Telefon oder die ausschweifende Analyse der auslösenden Umstände ist hierbei nicht erwünscht.

(4) Therapeutische Teamsitzungen

Als letztes Behandlungselement benennt Linehan die Teamsitzung für alle an der DBT einer oder mehrerer Patient:innen beteiligten Therapeut:innen. Dies können Einzeltherapeut:innen, Trainer:innen oder ergänzende Behandelnde (z. B. Psychiater:innen, die Pharmakotherapie anbieten) sein. Im Rahmen der wöchentlich stattfindenden Teamsitzungen werden Fallbesprechungen durchgeführt und die DBT-Adhärenz (wie konzepttreu die DBT umgesetzt wird) der einzelnen Mitglieder erhöht.

■ Hinweis

Zusätzlich können ergänzende Behandlungen, z. B. eine evidenzbasierte Pharmakotherapie, von den Patient:innen wahrgenommen werden.