



DPTV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung

Psychotherapie **Aktuell**

11. Jahrgang | Heft 2.2019



-  LunchTalk: Macht Sprache Gewalt?
-  Psychotherapie bei Autismus
-  Arbeiten in der Suchthilfe



Christian Stiglmayr

DBT bei der **Borderline-** Persönlichkeitsstörung

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) ist eine manualisierte Psychotherapie zur Behandlung von Patient*innen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, die aufgrund ihres hohen Evidenzgrades in den S2-Leitlinien (DGPPN) empfohlen wird. Besondere Kennzeichen der DBT sind ihre klare Struktur, ihre konfrontative Herzlichkeit und die hohe Authentizität der Therapeut*innen.

Die DBT wurde in den 1980er-Jahren von der Professorin Marsha M. Linehan zur Behandlung von Patient*innen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) entwickelt (Linehan 1996a, Linehan 1996b). Linehan, selbst Betroffene, konzipierte die Therapie ursprünglich als ambulante Behandlung von chronisch suizidalen Frauen. Heute gilt die DBT als Prototyp für modular aufgebaute Psychotherapie und findet bei einer Vielzahl weiterer Störungsbilder Anwendung. Neben den etablierten kognitiv-behavioralen Methoden integriert die DBT

eine Vielzahl weiterer Strategien und Techniken, vor allem aus der Gesprächspsychotherapie, der Gestalttherapie, der Hypnotherapie und dem Zen-Buddhismus. Damit ist die DBT eine der ersten Therapiemethoden, die der sogenannten dritten Welle der Verhaltenstherapie zugerechnet wird.

Ätiologie

Die DBT basiert auf einem biosozialen Ätiologiemodell, welches für das Verständnis der DBT fundamental ist. Im Zentrum der BPS

wird eine Emotionsregulationsstörung angenommen, bedingt durch ein Zusammenspiel von ungünstigen neurobiologischen und ungünstigen sozialen Einflüssen. Die Folge der ungünstigen neurobiologischen Einflüsse ist eine signifikant erhöhte emotionale Verletzlichkeit; die Folgen der ungünstigen sozialen Einflüsse die Überzeugung, grundlegend falsch zu sein („Wäre ich richtig, würde ich geliebt werden.“). Sind notwendige Fertigkeiten zur Regulation der bestehenden erhöhten emotionalen Verletzlichkeit zudem nicht ausreichend vermittelt worden, sind die Betroffenen gezwungen, schnell wirksame, langfristig zumeist jedoch sehr schädliche Verhaltensweisen zu entwickeln (zum Beispiel selbstverletzendes Verhalten (SVV), Hochrisikoverhalten, gestörtes Ess-

verhalten, Drogenkonsum). Suizidversuche stellen zumeist die letzte Möglichkeit dar, sich dieser als unerträglich empfundenen emotionalen Zustände zu entledigen.

Die therapeutische Grundhaltung

Borderline-Patient*innen wird häufig mit ausgeprägten Vorurteilen begegnet, zum Beispiel sie seien manipulativ, unberechenbar oder grenzüberschreitend. Bis zu einem Viertel der Therapeut*innen lehnt eine Zusammenarbeit ab (Jobst et al. 2010), andere lassen sich auf eine Behandlung zwar ein, sind aber angesichts der Vielzahl an Problemen nicht selten überfordert. Da die häufig zu beobachtenden Vorurteile ein zufriedenstellendes Behandlungsergebnis ernsthaft gefährden können, wurden von Marsha Linehan acht Grundhaltungen zum Schutz der Patient*innen beziehungsweise Therapeut*innen definiert.

1. Borderline-Patient*innen geben sich wirklich Mühe. Das heißt, sie versuchen, das Beste aus ihren gegenwärtigen Situationen zu machen.
2. Borderline-Patient*innen wollen sich verändern.
3. Borderline-Patient*innen müssen sich stärker anstrengen und härter arbeiten, um sich zu verändern.
4. Borderline-Patient*innen haben ihre Schwierigkeiten nicht selbst verursacht, müssen sie aber selbst lösen.
5. Das Leben suizidaler Borderline-Patient*innen ist so, wie es gegenwärtig ist, unerträglich.
6. Borderline-Patient*innen müssen neues Verhalten in allen relevanten Lebensbereichen erlernen.
7. Patient*innen können in der Therapie nicht versagen.
8. Therapeut*innen, die mit Borderline-Patient*innen arbeiten, brauchen Unterstützung.

Therapiestruktur

In Rückgriff auf die Annahmen der biosozialen Theorie ist das primäre Behandlungsziel der DBT der Aufbau beziehungsweise die Verbesserung funktionaler Strategien zur Emotionsregulation bei gleichzeitiger Reduzierung von schwerem Problemverhalten wie zum Beispiel suizidales oder schweres selbstschädigendes Verhalten. Sobald die Betroffenen ihr emotionales Erleben weitgehend ohne Einsatz gravierender dysfunktionaler Strategien regulieren können, werden soziale Isolation, Arbeitslosigkeit, eine komorbide PTBS sowie andere komorbide psychische Störungen und andere Problembereiche fokussiert. Am Ende der Behandlung steht der Aufbau eines erfüllten Lebens auf der Grundlage von Selbstakzeptanz und achtsamen Selbstmitgefühl.

Damit handelt es sich bei der DBT um eine emotionsfokussierende Therapie; wann immer diese sichtbar wird beziehungsweise sichtbar sein sollte, wird diese thematisiert. Die Behandlung mit DBT bedeutet damit eine permanente Exposition mit den eigenen Emotionen – und damit mit sich selbst.

Die therapeutische Beziehung wird in der DBT als Plattform jeglicher Veränderungsprozesse definiert; sie ist daher in der DBT ungewöhnlich eng, um dem Patient*innen dabei zu helfen, ihre beziehungsweise seine Ängste in der Auseinandersetzung mit sich selbst zu überwinden. Weiteres Kennzeichen der Beziehungsgestaltung in der DBT ist die hohe Authentizität der Therapeut*innen bei gleichzeitiger fürsorglicher Herzlichkeit. Gleichzeitig wird in der DBT stets deutlich gemacht, dass es diese Beziehung nur gibt, wenn die notwendigen Schritte seitens der Patientin oder des Patienten unternommen werden, um den a priori definierten Zielen näher zu kommen. DBT-Therapeut*innen bieten also Hilfe an und machen deutlich, dass sie dazu sehr gerne bereit sind. Gleichzeitig machen sie aber auch deut-

lich, dass sie die Patient*in niemals werden retten können.

Die ambulante Therapie ist für einen Zeitraum von ein bis drei Jahren angelegt. Der Ablauf der Therapie ist klar strukturiert und lässt sich in eine Vorbereitungsphase und drei sich daran unmittelbar anschließende Therapiephasen unterteilen.

Die *Vorbereitungsphase* dient der Erhebung von Patienten- und störungsspezifischer Informationen, der Ziel- und Motivationsanalyse, der Informationsvermittlung über die DBT sowie dem Abschluss eines Behandlungsvertrags. Bestandteil des Vertrags ist unter anderem das Vorgehen im Fall von schwerem dysfunktionalem Verhalten (regelmäßig besteht anschließend eine 24-stündige Kontaktsperre) sowie die Verpflichtung der Patientin oder des Patienten während der gesamten Therapiedauer keinen Suizidversuch zu unternehmen.

Nach der gemeinsamen Vertragsunterzeichnung beginnt die *erste Therapiephase*. Diese dauert zwischen drei Monaten und einem Jahr. Ziel der ersten Therapiephase ist die Reduktion von schweren Problemen auf der Verhaltensebene, welche im Einzelnen in der Vorbereitungsphase näher definiert wurden (zum Beispiel lebensbedrohliches Verhalten oder schweres SVV). Um dies zu ermöglichen, besuchen die Patient*innen parallel zur Einzeltherapie ein gruppenbasiertes Fertigkeitentraining.

Um angesichts der mitunter sehr zahlreichen drängenden Probleme eine konstruktive Bearbeitung zu ermöglichen, hat Linehan eine dynamische Behandlungshierarchie entwickelt: Wann immer ein höher geordneter, das heißt gefährlicherer Problembereich auftritt, zum Beispiel schweres SVV, muss dieser unmittelbar in Form einer Verhaltensanalyse sowie einer Lösungsanalyse behandelt werden. Damit sich die Therapeut*in zu Beginn einer Therapiestunde einen Überblick

Borderline-Patient*innen wird häufig mit ausgeprägten Vorurteilen begegnet.

über die aktuellen Problembereiche verschaffen kann, führt die Patient*in mit Beginn der ersten Therapiephase ein Wochenprotokoll (Diary-card). Anhand der darin dokumentierten Verhaltensweisen findet die Strukturierung der Therapiestunde statt. Damit orientiert sich die DBT im Unterschied zu den meisten anderen Manualen zur Behandlung spezifischer Störungsbilder nicht an einer festgelegten Reihenfolge von Sitzungen und Inhalten, sondern dynamisch an dem von der Patient*in gezeigten Verhaltensmuster.

Konnte das schwere dysfunktionale Problemverhalten weitestgehend eingestellt werden, beginnt die *zweite Therapiephase*. Diese erstreckt sich in der Regel über ein bis zwei Jahre. Ziel der zweiten Therapiephase ist die Bearbeitung weiterer emotionaler Probleme, die Verbesserung der beruflichen wie auch sozialen Situation sowie die

Behandlung von in der ersten Therapiephase noch nicht behandelten psychischen Störungen, allen voran einer komorbiden PTBS. Es hat sich mittlerweile durchgesetzt, mit der PTBS-Behandlung möglichst frühzeitig zu beginnen. Für das spezifische Vorgehen zur Behandlung einer PTBS im Rahmen einer DBT-Behandlung sei auf die eigens hierfür entwickelte DBT-PTSD verwiesen (Bohus et al. 2013).

Ziele der *dritten Therapiephase* sind die Steigerung der Selbstachtung sowie des achtsamen Selbstmitgefühls. Besonders empfehlenswert sind die Ansätze von Potreck-Rose und Jacob (2015) oder Christopher Germer (2012) und Paul Gilbert (2013). Da die dritte Therapiephase zumeist innerhalb der zweiten Therapiephase – und in einem geringeren Umfang auch schon während der ersten Therapiephase – beginnt, handelt es sich hierbei um keine abgeschlossene

Therapiephase. Die Dauer der dritten Therapiephase kann daher sehr unterschiedlich sein.

Therapieelemente

Die DBT besteht aus fünf Bausteinen:

1. Einzeltherapie
2. Fertigkeitentraining in der Gruppe (Skillstraining)
3. Telefonkontakte
4. Konsultationsteam
5. Supervision

Die *Einzeltherapie* findet in der Regel einmal wöchentlich statt. Aufgabe der Einzeltherapie ist vor allem am Anfang der Therapie die individuelle Ziel- und Motivationsarbeit sowie die Durchführung von Problem- und Lösungsanalysen. Gleichzeitig werden in der Einzeltherapie fortwährend die Emotionen der Patient*innen fokussiert: Während am Anfang der Therapie

Bei der DBT handelt es sich um eine emotionsfokussierende Therapie.



Ihre Praxisverwaltungssoftware

- modern
- kostengünstig
- ergonomisch
- einfach bedienbar
- kompakt
- zukunftssicher
- TI-Ready

gematik
zertifiziert

www.ergosoft.info • Telefon 0621 178 188 - 144 • E-Mail: contact@ergosoft.info

Die DBT orientiert sich dynamisch an dem von der Patientin oder dem Patienten gezeigten Verhaltensmuster.

vor allem die Wahrnehmung und Regulation, das heißt die Kontrolle von Emotionen im Vordergrund steht, werden mit zunehmender Therapiedauer die Integration von Emotionen durch Zulassen derselben und somit die Akzeptanz von sich selbst befördert.

Das *Fertigkeitentraining* („Skills-training“) findet einmal wöchentlich über circa eineinhalb Jahre statt. Das Training wird von zwei Trainer*innen geleitet und es nehmen maximal sieben bis acht Patient*innen teil. Ziel des Fertigkeitentrainings ist die Vermittlung von spezifischen Fertigkeiten („Skills“), die sowohl kurz- als auch langfristig zu einem Maximum an positiven und einem Minimum an negativen Ergebnissen führen. Damit bieten die Fertigkeiten den Ersatz für bislang dysfunktionales Verhalten. Die Fertigkeiten sind nach Bohus und Wolf (2013) in fünf, optional sechs Module unterteilt:

1. Fertigkeiten zur Steigerung der inneren Achtsamkeit
2. zwischenmenschliche Fertigkeiten
3. Fertigkeiten zum bewussten Umgang mit Gefühlen
4. Fertigkeiten zur Stresstoleranz
5. Fertigkeiten zur Steigerung des Selbstwertes
6. optional: Fertigkeiten zum Umgang mit Sucht

Da nicht davon auszugehen ist, dass Krisen nur stattfinden, wenn sich die Patient*in in der einzeltherapeutischen Sitzung befindet, gibt es die Möglichkeit von *Telefonkontakten*. Innerhalb eines solchen Telefonats vermittelt die

Therapeut*in effektive Fertigkeiten, um mit der aktuellen Situation umgehen zu können; keinesfalls findet am Telefon ein Therapiegespräch statt. Das Gespräch dauert damit nicht länger als fünf bis maximal zehn Minuten.

Zusätzlich zu den obligatorischen Telefonkontakten besteht der wohl größte Unterschied zu herkömmlichen Therapiemethoden in dem regelmäßigen Stattfinden eines ambulanten *Konsultationsteams*. Dieses besteht aus drei bis sechs ambulanten Therapeut*innen und Fertigkeitentrainer*innen, die sich wöchentlich für circa eine Zeitstunde treffen. Das Konsultationsteam verfolgt hierbei zwei Ziele: Zum einen hat das Team dafür Sorge zu tragen, dass die Patient*innen die bestmögliche DBT erhalten (Erhöhung der therapeutischen Adhärenz). Zum anderen ist die Aufgabe des Teams, die Behandlung gemeinsam durchzuführen und damit die Einzeltherapeut*in zu entlasten. Sämtliche therapeutische Schritte werden daher im Team beschlossen und sind anschließend von der zuständigen Einzeltherapeut*in umzusetzen. Demnach wird die Behandlung nicht von einer Einzelperson sondern von einem Therapeutenteam durchgeführt.

Können individuelle Prozesse und Schwierigkeiten im Rahmen des Konsultationsteams nicht aufgefangen und bearbeitet werden, werden diese in einer extra einzu-berufenden Supervision besprochen (zum Beispiel die Schwierigkeit, unangenehme Konsequenzen durchzusetzen; zwischenmenschliche Schwierigkeiten zwischen einzelnen Mitgliedern des Konsultationsteams).

2012). In den S2-Leitlinien für Persönlichkeitsstörungen deutscher Fachgesellschaften (DGPPN 2009) wird die DBT entsprechend als das Verfahren mit dem vergleichsweise höchsten Evidenzgrad geführt.

In den letzten Jahren fokussieren zunehmend mehr Studien die Wirksamkeit der DBT unter realen Versorgungsbedingungen. In einer in Berlin durchgeführten Studie (Berliner Borderline-Versorgungstudie, BBV; Stiglmayr et al. 2015) konnte gezeigt werden, dass nach einem Jahr DBT unter realen Versorgungsbedingungen nur noch 23 % der Patient*innen die Kriterien einer BPS nach DSM-IV-R (APA 2003) erfüllen. Zusätzlich konnten in dem DBT-Behandlungsjahr ein Drittel der direkten wie auch indirekten Krankheitskosten eingespart werden.

Aufgrund ihres modularen Aufbaus hat die DBT weitreichende Modifikationen erfahren. Diese Modifikationen betreffen sowohl die Behandlung anderer oder komorbider Störungen wie auch die Behandlung in unterschiedlichen Settings. Die praxisnahe Anwendung der DBT in ihren unterschiedlichen Modifikationen kann in dem „Fallbuch DBT“ von Stiglmayr und Leihener (2015) nachgelesen werden. Die manualisierte Anwendung der DBT im ambulanten Bereich wird in einem aktuellen Buch von Stiglmayr und Gunia (2017) ausführlich beschrieben. 



Priv.-Doz. Dr. Christian Stiglmayr

Studium der Psychologie in Eichstätt und Freiburg. Begründer und Leiter eines Fortbildungsinstitutes für psychotherapeutische Methoden (AWP Berlin). Psychologischer Psychotherapeut (VT) mit eigener Niederlassung in Berlin. Priv.-Doz. an der Humboldt-Universität zu Berlin. Trainer und Supervisor in DBT.

Effektivität und Modifikationen

Die DBT gilt als erstes Verfahren zur Behandlung der BPS, deren Wirksamkeit durch randomisiert-kontrollierte klinische Studien (RCTs) belegt werden konnte (Übersicht: Cristea et al. 2017, Stoffers et al.



Das umfangreiche Literaturverzeichnis finden Sie im Internet unter dptv.de (bit.ly/2nbNbVu).



Literaturverzeichnis

zu

Christian Stiglmayr

DBT bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Psychotherapie **Aktuell**
Heft 2.2019

ISSN 1869-033

- Bohus M, Dyer A, Priebe K et al. Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: a randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2013; 82: 221-233.
- Bohus M, Wolf M. Interaktives Skills-Training für Borderline-Patienten. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer Verlag 2013.
- Cristea IA, Gentili C, Cotet CD et al. Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2017, Mar 1, doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.4287.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). Leitlinien für Persönlichkeitsstörungen. Heidelberg: Steinkopff Verlag 2009.
- Germer C. Der achtsame Weg zur Selbstliebe. Freiburg: Arbor 2012.
- Gilbert P. Compassion Focused Therapy. Paderborn: Junfermann 2013.
- Jobst A, Hörz S, Birkhofer A. Einstellung von Psychotherapeuten gegenüber der Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 2010; 60: 126-131.
- Linehan MM. Dialektisch-Behaviorale Therapie der BPS. München: CIP 1996a.
- Linehan MM. Trainingsmanual der Dialektisch-Behavioralen Therapie der BPS. München: CIP 1996b.
- Potreck-Rose F, Jacob G. Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz und Selbstvertrauen. Psychotherapeutische Interventionen zum Aufbau von Selbstwertgefühl (9. Auflage). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta 2015.
- Stiglmayr CE, Gunia H. Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ein Manual für die ambulante Therapie. Göttingen: Hogrefe 2017.
- Stiglmayr CE, Leihener F (Hrsg.). Fallbuch DBT. Weinheim: Beltz 2015.
- Stiglmayr CE, Stecher-Mohr J, Wagner T et al. Effectiveness of dialectical behavioral therapy in routine outpatient care: The Berlin Borderline Study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation* 2015; 1, 20. doi: 10.1186/2051-6673-1-20.
- Stoffers JM, Völm BA, Rücker G et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012; 8. CD005652. doi: 10.1002/14651858.CD005652.pub2



Priv.-Doz. Dr. Christian Stiglmayr

Studium der Psychologie in Eichstätt und Freiburg. Begründer und Leiter eines Fortbildungsinstitutes für psychotherapeutische Methoden (AWP Berlin). Psychologischer Psychotherapeut (VT) mit eigener Niederlassung in Berlin. Priv.-Doz. an der Humboldt-Universität zu Berlin. Trainer und Supervisor in DBT.