

56 Dialektisch-Behaviorale Therapie für Borderline-Störungen

Martin Bohus

Einleitung	619	Das Fertigkeitentraining	631
Behandlungsmodule	620	Komposition der Module	632
Therapeutische Grundannahmen	620	Stationäre Behandlung nach	
Therapeutische Grundhaltung	623	Dialektisch-Behavioraler Therapie	633
Behandlungsstufen	624	Rahmenbedingungen und Struktur	634
Wahl des Behandlungsfokus	625	Hierarchische Gliederung der Behandlungsziele im	
Behandlungsebenen und -methodik	627	stationären und teilstationären Setting	635
Veränderungsorientierte Strategien	628	Stufe I: Aufbau von Überlebensstrategien zur	
Cheerleading	628	Bewältigung suizidaler Verhaltensmuster	635
Problemlösen	628	Stufe II: Aufbau von Therapiecompliance anstelle	
Paradoxe Interventionen	628	therapieschädigender Verhaltensmuster	636
Modelling	628	Stufe III: Befähigung zur ambulanten Therapie ...	637
Verstärkerpläne	628	Behandlungsplanung	638
Shaping	629	Veränderungsstrategien	639
Kontingenzmanagement	629	Fazit	639
Akzeptanzorientierte Strategien –			
»Validierungsstrategien«	629		

Einleitung

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) wurde in den 1980er Jahren von Marsha M. Linehan als störungsspezifische ambulante Therapie für chronisch suizidale Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung¹ entwickelt (Bohus 2002; Bohus, Höschel et al. 2008; Linehan 1993a; 1993b). Die Therapie basiert auf einer neurobehavioralen Theorie und den Wirkprinzipien der empirisch-wissenschaftlichen Psychotherapie.

Damit integriert diese Therapie ein weites Spektrum an therapeutischer Methodik aus dem Bereich der Ver-

haltenstherapie, der Kognitiven Verhaltenstherapie, der Gestalttherapie, der Hypnotherapie und der Meditation. Um den Anforderungen an eine wissenschaftlich überprüfbare Therapie für dieses komplexe Störungsbild zu entsprechen, mussten eine Vielzahl von strukturbildenden Richtlinien entwickelt werden. Derzeit gilt die Dialektisch-Behaviorale Therapie als das wissenschaftlich am besten abgesicherte Therapieverfahren für Borderline-Patientinnen (s. Kap. 76). Dies findet seinen Niederschlag in den Beurteilungen der S2-Leitlinien-Kommission »Persönlichkeitsstörungen« (Bohus, Buchheim et al. 2009), in welchen der Evidenzgrad für die Wirksamkeit auf der Stufe Ia (gesicherte Wirksamkeit) eingestuft wird. Die Daten beruhen primär auf kurzen, ambulanten Studien (maximal ein Jahr) bei akut selbstverletzenden und chronisch suizidalen Patientinnen. Wir können also davon ausgehen, dass die ambulante Dialektisch-Behaviorale Therapie insbesondere bei schweren Störungsbildern in relativ kurzer Zeit eine

1 Da das ursprüngliche Behandlungskonzept für die ambulante Psychotherapie chronisch-parasuizidaler Frauen entwickelt wurde, wird in diesem Kapitel ausnahmsweise generell die Formulierung Patientin/Patientinnen verwendet.

Verbesserung der Verhaltenskontrolle und des emotionalen Erlebens bewirkt. Dies bildet sich ab in guter Therapiecompliance, Reduktion der Suizidversuche, Selbstverletzungen und Hospitalisierungen, aber auch in einer klinisch relevanten Reduktion von komorbider Achse-I-Symptomatik. So erreichten innerhalb eines Jahres ambulanter Dialektisch-Behavioraler Therapie 60 % der behandelten Patientinnen eine Vollremission der Major Depression, 80 % eine Vollremission von Substanzmissbrauch und 60 % eine Vollremission von komorbider Essstörung. Lediglich die komorbide Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) remittierte in nur ca. 35 % der Fälle (Harned, Chapman et al. 2008).

In den letzten Jahren wurden von der internationalen Arbeitsgruppe um Linehan eine Reihe spezifischer Adaptationen der standardisierten Dialektisch-Behavioralen Therapie entwickelt und evaluiert (Übersicht s. Dimeff u. Koerner 2008). Dies betrifft zum einen die Anpassung an signifikante Settings (etwa stationäre und forensische Bedingungen, betreutes Wohnen), zum anderen charakteristische Komorbiditäten wie Essstörungen, Suchterkrankungen und Posttraumatische Belastungsstörung. Und schließlich wurden Adaptationen und Erweiterungen für typische Patientengruppen entwickelt: Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente sowie für Angehörige und Peer-Gruppen von Borderline-Patientinnen. Neben diesen spezifischen, wissenschaftlich abgesicherten Erweiterungen werden Dialektisch-Behaviorale Therapiekomponenten, insbesondere das Skills-Training (Bohus u. Wolf 2009a), generell für Störungsbilder, die mit Problemen der Emotionsregulation einhergehen, herangezogen.

Dieses Kapitel skizziert aus Platzgründen lediglich die strukturellen und methodischen Besonderheiten der standardisierten Dialektisch-Behavioralen Therapie unter ambulanten und stationären Bedingungen.

Behandlungsmodule

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie organisiert sich unter ambulanten Bedingungen in vier Modulen:

- Einzeltherapie
- Telefonberatung
- Skills-Training in der Gruppe
- Supervision

Die ambulante Einzeltherapie erstreckt sich auf einen Zeitraum von ein bis drei Jahren mit einer Behandlungsstunde pro Woche. Im Rahmen seiner individuellen Möglichkeiten sollte der Einzeltherapeut zur Lösung akuter, eventuell lebensbedrohlicher Krisen telefonisch erreichbar sein. Zeitgleich zur Einzeltherapie besucht die Patientin wöchentlich einmal für zwei bis drei Stunden eine Fertigkeitentrainings-

gruppe. Diese Gruppe orientiert sich an einem Manual und arbeitet über einen Zeitraum von sechs Monaten. Es hat sich als hilfreich erwiesen, gegebenenfalls einen zweiten Turnus anzuschließen. Die Kommunikation zwischen Einzel- und Gruppentherapeuten erfolgt im Rahmen der Supervisionsgruppe, die ebenfalls wöchentlich stattfinden sollte. Der Einzeltherapeut ist gehalten, die in der Fertigkeitengruppe erlernten Fähigkeiten fortwährend in seine Therapieplanung zu integrieren, um so die Generalisierung des Erlernten zu gewährleisten. Den Strukturen, Regeln und der inhaltlichen Gestaltung der Supervisionsgruppe widmet M. Linehan ein breites Kapitel in ihrem Handbuch, was deren Bedeutung für das Gesamtkonzept der Dialektisch-Behavioralen Therapie verdeutlicht. Der Einsatz von Video- oder zumindest Tonträgeraufzeichnungen der Therapiestunden gilt für eine adäquate Supervision als unabdingbar.

Der motivationale Aspekt erscheint vor dem Hintergrund der häufigen Therapieabbrüche unter unspezifischen Therapiebedingungen von besonderer Bedeutung. Übereinstimmend zeigen alle bislang publizierten Studien zur Wirksamkeit der Dialektisch-Behavioralen Therapie eine hochsignifikant verbesserte Therapiecompliance im Vergleich mit unspezifischen Behandlungen (Koerner u. Dimeff 2000). Neben strukturellen Aspekten (Einbindung in Gruppen- und Einzeltherapie) spielt sicherlich die therapeutische Haltung, wie sie von Linehan in den »Grundannahmen« formuliert wurde, auch in diesem Aspekt eine wesentliche Rolle.

Therapeutische Grundannahmen

1. Borderline-Patientinnen versuchen, das Beste aus ihrer gegenwärtig verheerenden Situation zu machen.
2. Borderline-Patientinnen wollen sich verbessern.
3. Borderline-Patientinnen müssen sich stärker anstrengen, härter arbeiten und stärker motiviert sein, um sich zu verändern, dies ist ungerecht.
4. Borderline-Patientinnen haben ihre Probleme in der Regel nicht alle selbst verursacht, aber sie müssen sie selbst lösen.
5. Das Leben suizidaler Borderline-Patientinnen ist so, wie es gegenwärtig gelebt wird, in der Regel unerträglich.
6. Borderline-Patientinnen müssen neues Verhalten im relevanten Kontext erlernen.
7. Patientinnen können in der Dialektisch-Behavioralen Therapie nicht versagen.
8. Therapeuten, die mit Borderline-Patientinnen arbeiten, brauchen Unterstützung.
9. Der therapeutische Kontext sollte so gestaltet sein, dass dysfunktionales Verhalten gelöscht und funktionales Verhalten verstärkt wird.

Die ersten beiden Annahmen, so banal sie klingen, vergegenwärtigen dem Therapeuten, den Angehörigen und dem Behandlungsteam die grundsätzliche Willensbereitschaft der Patientin, ihre Situation zu verbessern: »Wenn sich die Patientin optimaler verhalten könnte, so würde sie dies tun«. Es liegt im Aufgabenfeld der Therapeuten, die aufrechterhaltenden Bedingungen für dysfunktionales Verhalten herauszuarbeiten.

Die dritte Annahme fordert vom Therapeuten und der Patientin Sorgfalt, Rücksichtnahme und Kraft für die anstehenden Veränderungen. Der Therapeut ist gehalten, alle Möglichkeiten der Unterstützung beim schwierigen und langwierigen Veränderungsprozess auszuschöpfen.

Die vierte Annahme, dass die Patientinnen in der Regel ihre Probleme nicht verursacht haben und es dennoch in ihrer Hand liegt, Veränderungen selbst herbeizuführen, verbalisiert einen häufigen und sehr hinderlichen Standpunkt der Patientinnen. In Vorwegnahme dieser Problematik führt der Therapeut bereits zu Beginn der Therapie gern folgende Metapher ein: »Stellen Sie sich vor, ein Mann ist auf dem Heimweg von der Arbeit, der ihn an einem Fluss entlang führt. Plötzlich, aus heiterem Himmel, wird er überfallen und in den Fluss gestoßen. Nun, da der Mann ja wirklich nicht freiwillig in den Fluss gesprungen ist – bedeutet dies, dass er nicht selbst an Land schwimmen muss?«

Die fünfte Annahme, das Leben suizidaler Borderline-Patientinnen ist unerträglich, kann dialektisch verstanden werden: als Appell an die Empathie des Therapeuten, Verständnis für die oft ausweglos erscheinende Situation der Patientin aufzubringen, und an ihre Courage, alles zu tun, um diese Situation zu verändern.

Die sechste Annahme, Borderline-Patientinnen müssen neues Verhalten im relevanten Kontext erlernen, verdeutlicht die Notwendigkeit, neu erlernte Fertigkeiten (Skills) nicht nur unter »Ruhebedingungen« während emotionaler Balance zu trainieren, sondern diese auch unter emotionaler Belastung und starkem Stress anzuwenden. Krisensituationen sollten also immer als Chance genutzt werden, die Fertigkeiten zu vertiefen.

Um stationäre Aufnahmen zu verhindern, gestaltet der Therapeut die Arbeit engmaschiger und »coacht« die Patientin durch die Krise. Die siebte Grundannahme verdeutlicht eine eigentlich selbstverständliche therapeutische Position: Niemand wird auf die Idee kommen, das Versagen einer Chemotherapie einem an Krebs leidenden Patienten anzulasten. Falls Therapiefortschritte stagnieren oder es zu Abbrüchen kommt, so ist die »Schuld« im therapeutischen Konzept, den eigenen Ressourcen, der Supervision oder der mangelhaften Ausbildung des Therapeuten zu suchen.

Und schließlich formuliert die achte Grundannahme das Recht und die Notwendigkeit einer fachlichen und emotionalen Unterstützung der Behandelnden. Die Arbeit mit chronisch suizidalen Borderline-Patientinnen erfordert ein

enormes Maß an Energie und emotionaler Intensität. Dies sollte, auch um Burnout-Phänomenen vorzubeugen, im Rahmen der Supervisionsgruppe gewürdigt und emotional aufgefangen werden.

Die neunte und letzte Grundannahme betont die Bedeutung der therapeutischen Beziehung und des Settings im Rahmen des Kontingenzmanagements. Insbesondere unter stationären Bedingungen (und hier vor allem im Rahmen von unstrukturierten Kriseninterventionen) erfolgt häufig eine (nonintendierte) Verstärkung dysfunktionaler Verhaltensmuster wie verstärkte Zuwendung bei suizidaler Kommunikation und Fixierung bei angeblich drohendem Impulskontrollverlust. Aber auch im Einzelsetting kommt es häufig durch die (ebenfalls oft nicht bewusste) Modulation der Aufmerksamkeit zu einer Verstärkung von dysfunktionalem Verhalten. Dies ist besonders deutlich bei den sogenannten »multiplen Anteilen« bei Patienten mit Dissoziativer Identitätsstörung, deren Auftreten nach unserer Erfahrung in hohem Maße von der gerichteten Aufmerksamkeit des Therapeuten abhängt (s. Kap. 38; Kap. 39).

Wie bereits ausgeführt können die widersprüchlichen, schlecht relativierbaren Grundannahmen von Borderline-Patientinnen als Quelle vielfältiger Beziehungsstörungen ausgemacht werden: Wann immer das wichtigste Bedürfnis »sichere Nähe«, also ein dringendes, existenzielles Grundbedürfnis, droht, befriedigt zu werden, entwickelt sich rasch ein massiver Konflikt zu den konträren, also Nähe vermeidenden Schemata und umgekehrt. Komplementäre Beziehungsgestaltung führt demnach in aller Regel nicht zu einer Stabilisierung, sondern zu starken Schwankungen.

Die Vorstellung, alleine zu sein, ohne von einer wichtigen Bezugsperson wahrgenommen zu werden, löst rasch ein tief greifendes Gefühl von Einsamkeit, sozialer Isolation und abgrundtiefer Verlassenheit aus. Der Versuch, Bindung an ein relevantes Objekt (in diesem Fall an den Therapeuten) herzustellen, ist also in aller Regel die wichtigste und stärkste motivationale Schubkraft dieser Patientengruppe. Wir müssen uns als Therapeuten vergegenwärtigen, dass wir häufig über Jahre die zentrale Bezugsperson unserer Patientinnen werden, dass wir eine fast körperliche Abhängigkeit erzeugen, wenn wir dem nicht Vorschub leisten. Gerade weil diese Abhängigkeit so intensiv erlebt wird, beobachten viele Patientinnen eifersüchtig, voller Neid, Argwohn, Sehnsucht und Verletzbarkeit den Umgang mit anderen Patienten oder das Privatleben ihrer Therapeuten.

Der reflexhafte Versuch der Therapeuten, die diese Sogwirkung spüren, ist in aller Regel Abgrenzung und Verschanzung hinter ihrer Therapeutenrolle. Wir können davon ausgehen, dass Borderline-Patientinnen ein mikroskopisch feines Gespür für Authentizität und Rollenspiele haben. Rückzug aus der Beziehung seitens des Therapeuten wird meist erkannt, bevor es dem Therapeuten selbst bewusst wird. Die Folge ist eine Aggravierung des Verhaltens. Mir

sind Fälle von Patientinnen berichtet worden, die nachts im Vorgarten ihres Therapeuten kampierten und den Briefkasten überwachten. Es gibt zwei sehr einfache Antworten auf dieses Problem: Zum Ersten sollte der Therapeut aus seiner Rolle heraus und der Patientin als authentisches Gegenüber auftreten. Es hat sich als günstig erwiesen, der Patientin die wichtigsten Fakten aus dem privaten Leben (Ehestand, Kinder, Wohnung usw.) mitzuteilen. Therapeuten geben ihre private Telefonnummer an die Patientin, da Telefonberatung in Krisensituationen zum obligaten Bestandteil der Dialektisch-Behavioralen Therapie gehört. Je weniger »Geheimnisse«, desto besser. Es hat sich erwiesen, dass diese Angebote selten missbraucht werden. Im Gegenteil, es bedarf meistens der Überredung oder Übung in Rollenspielen, dass von diesem telefonischen Angebot überhaupt Gebrauch gemacht wird. Schlagwortartig könnte man zusammenfassen: »Wer sich vor Borderline-Patientinnen auf die Flucht begibt, der wird auch verfolgt werden.«

Die Erfahrung aus Workshops und Ausbildungslehrgängen hat gezeigt, dass diese Ausführungen bei vielen Therapeuten auf Unverständnis stoßen und einige Irritation hervorrufen. Die häufige Frage »Wo sind die Grenzen?« kann nicht pauschal beantwortet werden. Natürlich obliegt es dem »inneren Gespür« des Therapeuten, seine eigenen Grenzen auszuloten und nur so viel von seinem Privatleben preiszugeben, wie ihm »stimmig« erscheint, und dies wird sich von Patientin zu Patientin unterschiedlich entwickeln. Dass er die Patientinnen nicht mit seinen privaten Problemen beheligt, versteht sich von selbst. Es geht hier vielmehr um die »Gestalt« der therapeutischen Beziehung: Therapeut und Patientin gehen ein Arbeitsbündnis ein, um gemeinsam an den Borderline-spezifischen Erlebens- und Verhaltensmustern zu arbeiten. Dieser Arbeitsprozess beinhaltet sowohl das Erkennen als auch das Verändern dysfunktionaler Muster, die sich innerhalb und außerhalb der Beziehung manifestieren können. Der Therapeut versteht sich in diesem Prozess nicht als Projektionsfläche für die Entwicklung dysfunktionaler Beziehungsmuster, sondern als Coach, der der Patientin helfend zur Seite tritt, um mit ihr gemeinsam an dem Problem zu arbeiten. Je weniger »Borderline-typische« Beziehungsmuster diese Arbeit stören, desto besser.

Borderline-Patientinnen brauchen einen »ganz normalen Menschen« – der kommuniziert wie ein ganz normaler Mensch, der antwortet, wenn er etwas gefragt wird, und erläutert, wo seine individuellen kommunikativen Grenzen liegen. Mein Ratschlag an angehende Therapeuten lautet daher etwas lapidar: »Hängen Sie bitte Ihren therapeutischen Habitus an den Nagel, bevor Sie beginnen, mit Borderline-Patientinnen zu arbeiten, Sie werden verblüfft sein über die Wirkung.«

Zurück zur Arbeit: Der Therapeut sollte sehr früh damit beginnen, der Patientin Strategien zu vermitteln, um das »Alleinsein« zu bewältigen. Der Unterschied zwischen

Einsamkeit und Alleinsein liegt in der defizitären Wahrnehmung (»es fehlt etwas«). Was tun Verliebte oder Mütter von kleinen Kindern, die unter starker Sehnsucht leiden? Sie versetzen sich mental in Beziehung. Eben dies sollte unseren Patientinnen, möglichst konkret, vermittelt werden.

Fallbeispiel

Als hilfreich hat sich erwiesen, Fotografien aus dem Therapiezimmer mitzugeben, Tonaufnahmen der Therapiestunde oder kleine Geschenke. Manchen meiner Patientinnen hat es geholfen, wenn sie kleine Fetische in meinem Zimmer deponieren konnten (»sodass ein Teil von mir immer hier bei Ihnen bleibt«). In einer schweren Krisensituation ging ich so weit, einer sehr suizidalen Patientin, die eine akute Vergewaltigung erlebt hatte und sich sehr bedroht fühlte, meine Lederjacke zu leihen – sie fühlte sich geschützt und brachte sie dankend nach einer Woche wieder.

Diese aktive Bindungsarbeit in der Dialektisch-Behavioralen Therapie wird balanciert durch die sehr konsequente Arbeit an der Veränderung von dysfunktionalen Verhaltensmustern (»Wenn ich eine sehr harte Bergtour vor mir habe, sollte ich den Bergführer mögen und ihm vertrauen«). In der Dialektisch-Behavioralen Therapie wird Beziehung – wenn sie denn etabliert ist – eingesetzt, um Verhalten zu modifizieren. Da wir davon ausgehen, dass wohlwollende Nähe und Aufmerksamkeit des Therapeuten als starke Verstärker wirken, tun wir gut daran, diese Nähe zum Aufbau von funktionalem (langfristig sinnvollem) Verhalten und zum Abbau von dysfunktionalem (kurzfristig hilfreichem, aber langfristig störendem) Verhalten einzusetzen. Das heißt, dass der Therapeut ganz bewusst seine verbale und nonverbale Aufmerksamkeit steuert. Engagiert sich die Patientin beispielsweise stark, indem sie sich, trotz sozialer Phobie, um einen Praktikumsplatz bemüht, so wird der Therapeut seine Zuwendung steigern. Verweigert sie die Mitarbeit, so wird er sich etwas distanzieren.

Diese Dosierungen beinhalten neben verbalen und nonverbalen Signalen auch strukturelle Komponenten: Dauer der Therapiestunde, gezielte Anrufe zwischen den Stunden bis hin zu extra Therapiestunden bzw. Therapiepausen. Dabei darf vorausgesetzt werden, dass aversive Konsequenzen potenziell immer die Beziehung gefährden und daher grundsätzlich auf das Verhalten und nie auf die betroffene Person bezogen werden dürfen: »Sie wissen, ich schätze Sie sehr und ich bin mir sicher, dass wir auf einem guten Weg sind, und gerade deshalb muss ich reagieren, wenn Sie die Abmachungen nicht einhalten. Also wenn Sie sich das nächste Mal verletzen, ohne zumindest versucht zu haben, mich anzurufen, denke ich, wir sollten eine Stunde ausfallen lassen. Ich weiß, das klingt hart, aber Sie sind mir zu wichtig, als dass ich in diesem Punkt nachlässig sein darf.«