

# Borderline-Persönlichkeitsstörungen in der Praxis

Dialektische Verhaltenstherapie zu Recht auf dem Vormarsch

Thomas Kühler, Kirsten Schehr, Klaus Höschel, Martin Bohus

*Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) ist ein schwer wiegendes psychiatrisches Störungsbild, das etwa 1,5 Prozent der Bevölkerung betrifft (in der Schweiz also ca. 100 000 Menschen). Im Zentrum stehen Probleme der Affektregulation, der Beziehungsgestaltung und des Selbstwertgefühls. Auf der Symptomebene äussert sich dies in vielfältigen, häufig beängstigenden Verhaltensweisen wie Suizidversuchen, Selbstverletzungen, Drogenabusus oder Essstörungen.*

**O**hne spezifische Behandlung verläuft die Störung oft chronisch. Eine Suizidrate von 7 Prozent und hohe, lebenslange Behandlungskosten sind die Folgen. Mit der Einführung der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) steht mittlerweile auch in der Schweiz eine effektive und evidenzbasierte Behandlungsmöglichkeit zur Verfügung. Die flächendeckende Versorgung mit ausgebildeten ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten steht aber noch in den Anfängen, sodass häufig auf spezialisierte Zentren zurückgegriffen werden muss.

Im Zentrum der Borderline-Problematik sehen die meisten wissenschaftlich orientierten Arbeitsgruppen heute eine *Störung der Affektregulation*. Die Reizschwelle für interne oder externe Ereignisse, die Emotionen hervorrufen, ist niedrig, das Erregungsniveau hoch. Nur verzögert erreicht der Patient wieder das emotionale Ausgangsniveau. Die unterschiedlichen Gefühle werden von den Betroffenen oft nicht differenziert wahr-

genommen, sondern häufig als äusserst quälende, diffuse Spannungszustände erlebt. Es kommt zu Körperwahrnehmungsstörungen wie Hypalgesie (Schmerzunempfindlichkeit); diese und somatoforme dissoziative Phänomene (Veränderung der Optik, des Geruchs und der Akustik sowie der Kinästhesie) werden als Spannung und Erregung empfunden. Das in 80 Prozent der Fälle auftretende selbstschädigende Verhalten, wie Schneiden, Brennen, Blutabnehmen, aber auch aggressive Durchbrüche, kann die aversiven Spannungszustände reduzieren, was im Sinne der instrumentellen Konditionierung eine negative Verstärkung bedeutet.

## Epidemiologie, Versorgung und Verlauf

Etwa 1,5 Prozent der Bevölkerung leiden unter einer voll ausgeprägten BPS, etwa 70 Prozent der klinischen Population ist weiblich. Ein erheblicher Anteil der männlichen Borderline-Patienten sucht wahrscheinlich keine psychotherapeutische Behandlung auf, sondern wird im forensischen oder juristischen Bereich auffällig. Eine norwegische Feldstudie zeigte, dass vier von fünf BPS-Patienten sich in psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung befinden. Der Anteil von BPS-Patienten in psychiatrisch/psychotherapeutischen Kliniken liegt etwa bei 15 Prozent. In psychotherapeutischen oder nervenärztlichen Praxen wird er auf 10 bis 50 Prozent geschätzt. Die primären Behandlungskosten müssen mit etwa 15 Prozent der Gesamtkosten für psychische Störungen in der BRD kalkuliert werden. Grösster Kostenfaktor ist die stationäre Behandlung: Etwa 80 Prozent der Betroffenen in der BRD werden Jahr für Jahr stationär behandelt; die durchschnittliche Liegezeit beläuft sich auf 65 Tage pro Jahr (1).

Umstritten ist das durchschnittliche Alter bei Erstmanifestation. Nach eigenen Untersuchungen (1) zeigte eine grosse Gruppe bereits im Alter von 14 Jahren Verhaltensauffälligkeiten (Essstörung, Selbstschädigung, Suizidversuche, auffälliges Sozialverhalten, affektive Störung), die einer stationären Behandlung bedurften, während eine zweite Gruppe im Mittel mit 24 Jahren erstmals stationär behandelt wurde. Unbehandelt ist die Prognose äusserst ungünstig. Die Suizidrate liegt bei 5 bis 10 Prozent. Risikofaktoren für vollendete Suizide sind impulsive Handlungsmuster, höheres Lebensalter, Depressionen, komorbide antisoziale Persönlichkeitsstörung, frühkindlicher Missbrauch und Selbstverletzungen (2).

## Selbstschädigung ist häufig

Neben den Patienten, die Selbstschädigungen einsetzen, um sich wieder zu spüren oder Spannungszustände zu reduzieren, gibt es eine Gruppe, die berichtet, nach Selbstschädigung Euphorisierung zu erleben. Viele dieser Patienten schneiden sich daher ausgesprochen häufig, teils täglich, und neigen auch sonst zu einem Hochrisikoverhalten. Sie balancieren auf Brückengeländern und Hochhausdächern, rasen auf Autobahnen oder verweilen ohne suizidale Absicht auf Bahngleisen. Im zwischenmenschlichen Bereich dominieren Schwierigkeiten in der Regulation von Nähe und Distanz. Beherrscht von einer intensiven Angst vor dem Alleinsein und einer schlecht ausgeprägten intrapsychischen Repräsentanz wichtiger Bezugspersonen, verwechseln sie häufig Abwesenheit von Bezugspersonen mit manifester Verlassenheit. Sie versuchen daher, wichtige Bezugspersonen permanent an sich zu binden. Andererseits bewirkt die Wahrnehmung von Nähe und Geborgenheit ein hohes Mass an Angst, Schuld oder Scham. Die Folge: langwierige, **schwierige Beziehungen** mit häufigen Trennungen und Wiederannäherungen. Die zeitgleiche Aktivierung konträrer Grundannahmen scheint eines der auffälligsten Verhaltensmuster bei

Borderline-Patienten zu sein. So aktiviert etwa das Bedürfnis nach Zärtlichkeit und Geborgenheit die Selbstwahrnehmung, gewalttätig und zerstörerisch zu sein. Das Bedürfnis nach Macht, Unabhängigkeit und Autonomie sorgt für einen Hunger nach bedingungsloser Zuwendung und Liebe, die Wahrnehmung sexueller Lust aktiviert massive autodestruktive Bedürfnisse. Das Gefühl, jemandem vertrauen zu können, schlägt um in die sichere Erwartung einer traumatisierenden Grenzüberschreitung. Stolz, also die Wahrnehmung, etwas geleistet zu haben, was den inneren Normen entspricht, löst Scham aus und damit die Befürchtung, dass die eigene Minderwertigkeit sichtbar wird.

Klinisch auffällig ist auch eine **passive Aktivität**: Durch Demonstration von Hilflosigkeit und Leid wird Kontakt und Unterstützung gesucht. Die Betroffenen stellen sich vor, wenn das Gegenüber tatsächlich wahrnehmen würde, wie schlecht es ihnen geht, hätte es die Macht, ihr Befinden erheblich zu verbessern. Konsequenterweise führt eine Aggravierung von demonstrativ hilflosem Verhalten zu einer Überlastung der Sozialkontakte. Damit öffnet sich der Weg ins sozialpsychiatrische Versorgungssystem.

Die ausgeprägten **dissoziativen Phänomene** sind oft nicht mehr an konkrete Auslöser gekoppelt, sondern generalisiert. Die mangelhafte Wahrnehmung der eigenen Emotionen, Verzerrung des Raum-Zeit-Gefühls, ein ausgeprägtes Gefühl von Fremdheit und vor allem der Verlust der Kontrolle über die Realität charakterisieren diese Phasen. Hinzu kommen häufig Flashbacks (szenisches Wiedererleben traumatisierender Ereignisse), die zwar kognitiv der Vergangenheit zugeordnet werden, emotional jedoch als real erlebt werden. Nicht selten werden diese Flashbacks, die über Stunden und Tage anhalten können, vom klinisch Unerfahrenen als psychotisches Erleben fehldiagnostiziert.

Auch Alpträume sowie ausgeprägte Ein- und Durchschlafstörungen belasten das Allgemeinbefinden und destabilisieren emotional. Alkohol- und Drogenmissbrauch, Essstörungen, Vernachlässigung von körperlicher Bewegung und Behandlung eventueller somatischer Erkrankungen verursachen soziale Probleme, wie inadäquate Ausbildung und Arbeitslosigkeit.

Jeder zweite Borderline-Patient mit vollendetem Suizid hatte zuvor bereits Suizidversuche unternommen.

Zwei neue Studien (3, 4) zeigten bei Sechs-Jahres-Katamnesen (bzw. 2-Jahres-Katamnesen bei [4]) überraschend hohe Remissionsraten: Zwei Jahre nach Diagnose erfüllen nur noch 60 Prozent der Betroffenen die DSM-IV-Kriterien, nach vier Jahren 50 Prozent und nach sechs Jahren 35 Prozent. Die Rückfallraten sind mit jeweils 6 Prozent sehr gering. Während die affektive Instabilität persistiert, scheinen sich insbesondere dysfunktionale Verhaltensweisen wie Selbstverletzungen und Suizidversuche deutlich zu reduzieren.

Die gleichzeitig vorliegenden psychischen Störungen verbesserten sich bei diesen Patienten ebenfalls deutlich, sodass für zwei Drittel der Patienten mit BPS die *Prognose als günstig* eingestuft werden kann (5). Prognostisch ungünstig scheint insbesondere das gleichzeitige Vorliegen einer Suchtstörung zu sein. Eine BPS zusammen mit stoffgebundenen Süchten ist eher bei männlichen Patienten anzutreffen (6).

## Diagnostik

Für die operationalisierte Diagnostik der BPS gilt derzeit die IPDE (International Personality Disorder Examination; [7]) als Instrument der Wahl. Sie integriert die Kriterien des DSM-IV und der ICD-10. Die Interrater- und Test-Retest-Reliabilität sind gut und deutlich höher als für unstrukturierte klinische Interviews. Eine Alternative ist das von M. Zanarini entwickelte «Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders (DIPD-IV)» (8) oder das «SKID II Structured Interview for DSM-VI Personality (SIDP)» (9).

Zusätzlich wurden mehrere Verfahren spezifisch zur Diagnostik und Schweregraderfassung der Borderline-Störung entwickelt. Lange galt das «Diagnostic Interview for BPD – Revised Version» (DIB-R) (10) als Standardinstrument. Da es nicht DSM-basiert ist, verliert es aber zunehmend an Bedeutung.

Als pathognomonisch für eine BPS gilt die Erfahrung von rasch einschliessenden, manchmal lange anhaltenden Zuständen äusserst unangenehmer innerer Anspannung (11). Da diese Symptomatik auch relativ trennscharf von

Tabelle 1: **Diagnosekriterien für eine BPS nach DSM-IV (5 der 9 Kriterien müssen erfüllt sein)**

Kriterium	Beschreibung	Beispiel
1	Verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden	Intensive Angst und Panik vor dem Alleinsein, das konsequent vermieden wird; Wut oder Panik schon bei zeitlich begrenzten Trennungen, z.B. schon beim Hinweis auf das Ende einer Therapiestunde
2	Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist	Am Anfang von Beziehungen häufig Idealisierung, rasche Mitteilung intimer Einzelheiten, Einforderung viel gemeinsamer Zeit; dann nach Enttäuschung der idealisierten Erwartungen wütende Ablehnung oder Rückzug
3	Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung	Dramatische Wechsel von Zielsetzungen, Wertvorstellungen und Berufswünschen; Ausbildungsabbrüche; in der Therapie Wechsel von hilfeschuchendem Bittsteller zum «Rächer» früherer Behandlungsfehler
4	Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen	Glücksspiel; unverantwortliche Geldausgaben; risikoreiche Sexualität; Substanzmissbrauch; rücksichtsloses Fahren; Fressanfälle
5	Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten	Mehrere Suizidversuche; Selbstverletzungen durch Schneiden oder Brennen; besonders bei befürchteten Trennungen oder Überforderungen Suizidandrohungen oder -andeutungen
6	Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern)	Die in der Regel dysphorische Grundstimmung wird häufig durch kurze Perioden der Wut, Angst und Verzweiflung durchbrochen; seltener auch Perioden von Wohlbefinden
7	Chronische Gefühle von Leere	Sich wie hohl fühlen, wie ohne Seele; Gefühle von Langeweile treten leicht auf und werden als äusserst unangenehm empfunden
8	Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren	Häufige Wutausbrüche; andauernde Wut und ständige Beschäftigung mit der Kontrolle der Wut; wiederholte körperliche Auseinandersetzungen; Scham- und Schuldgefühle nach Wutausbrüchen
9	Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwer wiegende dissoziative Symptome	Schweres Depersonalisations- oder Derealisationserleben; Gefühle, verfolgt zu werden

anderen psychiatrischen Störungen diskriminiert, wird dieses Phänomen als Indikator für affektive Instabilität und Irritabilität im Sinne eines Leitsymptoms herangezogen. Da die Komorbidität bei der Borderline-Störung Verlauf und Prognose, damit aber auch die Therapieplanung erheblich beeinflusst, ist deren vollständige Erfassung mit Hilfe eines operationalisierenden Instrumentes dringend anzuraten.

Rasch einschliessende, bisweilen  
lange anhaltende Zustände äusserst  
unangenehmer innerer Anspannung  
sind kennzeichnend (Leitsymptom)  
für eine BPS.

### Genetische und psychosoziale Ursachen

Als ursächlich für die Entstehung der BPS werden heute Wechselwirkungen zwischen genetischen und psychosozialen Faktoren diskutiert.

Neben den zentralen Risikofaktoren (weibliche Sozialisation und frühe Erfahrung von Gewalt und Vernachlässigung) scheint das Fehlen der zweiten Bezugsperson von Bedeutung zu sein, also einer Schutz und Sicherheit gewährenden Person, die insbesondere die Wahrnehmung der Betroffenen teilt und deren Emotionen bestätigen könnte. Trotz der hohen Missbrauchsrate (etwa 60 Prozent weiblicher Patienten mit BPD berichten über sexuelle Gewalterfahrung in der Kindheit) ist der kausale Zusammenhang zwischen Traumatisierung und Entwicklung einer BPS nicht sicher.

Für die Gesamtheit der Persönlichkeitsstörungen liegen seit Mitte der Neunzigerjahre Befunde aus Zwillingsstudien vor, die den Nachweis eines starken genetischen

Tabelle 2:

**Phasen und Behandlungsziele der Dialektischen Verhaltenstherapie**

Phase I	Behandlung von Suizidalität und Selbstverletzung Bearbeitung von Verhaltensmustern, die die Therapiecompliance gefährden Bearbeitung von Verhaltensmustern, die die Lebensqualität der Patientin erheblich belasten (z.B. Drogenkonsum, Essstörungen, Wohnungslosigkeit, dissoziative Störungen etc.)
Phase II	Bearbeitung von emotionalen und kognitiven Folgen früher Traumatisierung
Phase III	Neuorientierung und Integration, Entwicklung von Lebensplänen

Einflusses erbringen (Konkordanzraten bei eineiigen Zwillingen ca. 55%, bei zweieiigen ca. 14%). Bereits die Ergebnisse der frühen Arbeiten von Livesley (12), die eine genetische Disposition für Verhaltens- und Erlebenskomponenten wie affektive Labilität, Identitätsprobleme, Narzissmus und Impulsivität bei gesunden Zwillingspaaren fanden, weisen auf die Bedeutung hereditärer Faktoren bei der BPS hin.

Inwiefern die nachgewiesenen neurobiologischen Auffälligkeiten bei BPS-Patienten Folge genetischer Faktoren oder psychosozialer traumatischer Erfahrung sind, ist unklar. Es finden sich sowohl morphologische als auch funktionelle Störungen im fronto-limbischen Regelkreis, insbesondere Amygdala und Hippocampus betreffend (13).

Zusammenfassend geht man von einem biopsychosozialen Modell aus, in dem hereditäre Prädisposition und ungünstige Umgebungs- und Entwicklungsbedingungen zusammen die Entstehung der BPS bedingen. Einige Patienten haben in Kindheit und Jugendzeit unter Aufmerksamkeitsdefizit-Syndromen und hyperaktiven Störungen gelitten. Kommen Erfahrungen von Vernachlässigung und physischem oder sexuellem Missbrauch dazu, steigt die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer BPS erheblich.

**Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)**

Die DBT wurde in den Achtzigerjahren von M. Linehan, USA, als störungsspezifische ambulante Therapie für chronisch suizidale Patienten mit BPS entwickelt (14, 15). Die Therapie basiert auf einer neuro-behavioralen Theorie und den Wirkprinzipien der empirisch-wissenschaftlichen Psychotherapie.

Diese Therapie integriert ein weites Spektrum an therapeutischer Methodik aus dem Bereich der Verhaltenstherapie, der kognitiven Therapie, der Gestalttherapie, der Hypnotherapie und der Meditation. Um den Anforderungen an eine wissenschaftlich überprüfbarere Therapie für dieses komplexe Störungsbild zu entsprechen, mussten viele Richtlinien (Heuristiken) entwickelt werden. Die gesamte Therapie im ambulanten Setting erstreckt sich über einen Zeitraum von zwei Jahren. Sie untergliedert sich in drei Phasen mit unterschiedlichen Behandlungszielen (Tabelle 2).

Die komplexe Beziehungsgestaltung der Borderline-Patienten erfordert zudem vom Therapeuten spezifische Interaktionsmuster, die von Linehan als «dialektisch» bezeichnet werden. Gemeint ist eine schwierige Balance zwischen Akzeptanz der jeweiligen Gegebenheiten und Drängen auf Veränderung. Die Therapie gliedert sich in vier Behandlungskomponenten:

- Einzeltherapie
- Telefonberatung
- Fertigkeitentraining und
- Supervision.

Der Einzeltherapeut muss motivieren. Er analysiert das Verhalten und die Bedingungen für die dysfunktionalen Verhaltensmuster und erarbeitet Alternativen auf der kognitiven, emotionalen oder Handlungsebene. In Krisensituationen steht er telefonisch zur Verfügung. Im Rahmen der Fertigkeitengruppe (Skillsgruppe) erlernt oder verbessert der Patient seine Stresstoleranz. Er lernt den Umgang mit emotionaler Erregung sowie adäquate interpersonelle Kommunikation und Fokussierung der Aufmerksamkeit. Diese Gruppe erstreckt sich unter ambulanten Bedingungen über den Zeitraum eines Jahres. Der Einzeltherapeut ist verantwortlich für die Generalisierung des Erlernten im sozialen Umfeld.

Um den Anforderungen im deutschsprachigen Raum gerecht zu werden (stationäre Regelbehandlung, keine Versorgung mit ambulant tätigen ausgebildeten DBT-Therapeuten), wurde in Deutschland (zuerst an der Uniklinik in Freiburg/Breisgau) ein stationäres Behandlungskonzept nach den Richtlinien der DBT (16–18) eingeführt. Eine intensive dreimonatige stationäre Behandlung mit anschließender ambulanter Weiterbehandlung durch Therapeuten mit spezieller Qualifikation, wie sie in Deutschland entwickelt wurde, erscheint uns auch für die Schweiz als empfehlenswertes Behandlungsmodell.

**Therapiephasen der DBT**

In der den drei Therapiephasen vorgeschalteten *Vorbereitungsphase* stehen zunächst die diagnostische Einschätzung, die Aufklärung über Störungsbild und Behandlungsablauf sowie die Verpflichtung zur Einhaltung der Regeln im Vordergrund. Erst wenn ein Patient sich

auf die notwendigen Vereinbarungen einlässt (hierzu gehören u.a. eine Non-Suizid-Vereinbarung und die Bereitschaft des Patienten, an therapiestörendem und selbstschädigendem Verhalten zu arbeiten), beginnt die erste Therapiephase.

In dieser Phase (Phase 1) helfen die Behandler beim Erlernen grundlegender Fertigkeiten der Achtsamkeit, der zwischenmenschlichen Kompetenzen, der Emotionsregulation und der Stresstoleranz, um eine wesentliche Stabilisierung im Leben der Patienten zu erreichen. Die manualisierten Therapiestrategien von Linehan beziehen sich im Wesentlichen auf die Arbeit in der ersten Behandlungsphase.

Erst wenn Patienten mit BPS eine grundlegende Stabilisierung in ihrem Leben erreicht haben, können in der zweiten Therapiephase die Folgen posttraumatischer Belastungsstörungen behandelt werden.

Von einer erfolgreichen Stabilisierung kann ausgegangen werden, wenn Patienten mit BPS keine suizidalen Verhaltensweisen, keine Selbstverletzungen und keine Suchtmittel mehr benutzen, um Spannungszustände oder emotionale Belastungen zu regulieren. Die dissoziative Symptomatik sollte für die Patienten so weit kontrollierbar geworden sein, dass auftretende Dissoziationen im Alltag nicht mehr behindern. Zudem sollte vor Beginn der zweiten Therapiephase ein intaktes soziales Netz (mit stabilen Beziehungen zu anderen Personen) bestehen und soziale Sicherheit mit regeltem Einkommen, einer Arbeitstätigkeit und einer festen, erträglichen Wohnsituation erreicht sein.

Zur zweiten und dritten Therapiephase sind bis heute keine ausgearbeiteten DBT-Manuale erschienen. Für traumatisierte Patienten mit BPS ist die *Bearbeitung posttraumatischer Belastungsfolgen (Phase 2)* oft schwierig, da sie bei allen Verfahren mit traumatischen Erinnerungen konfrontiert werden, wie bei der Methode des Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMD-R), der Desensibilisierung in sensu oder in vivo oder der kognitiven Therapie posttraumatischer Belastungsstörungen. Die damit verbundenen emotionalen Belastungen können Patienten nur dann erfolgreich bewältigen, wenn die Stabilisierung in der ersten Therapiephase erfolgreich verlaufen ist und sie Emotionen regulieren und Stress tolerieren können. Bei einem Beginn der Behandlung posttraumatischer Belastungsfolgen ohne eine ausreichende Stabilisierung der Patienten wäre zu befürch-

ten, dass Patienten nach der Konfrontation mit traumatischen Erinnerungen erneut auf selbstschädigendes oder sogar suizidales Verhalten zurückgreifen, um die Belastungen zu regulieren.

In der dritten Therapiephase (*Phase 3*) geht es schliesslich um das Erreichen individueller Ziele des Patienten und schliesslich auch um die oft schwierige Ablösung aus der Behandlung.

### Hierarchie der Ziele erstellen

Da die Symptomatik von Patienten mit BPS in der Regel komplex und oft auch gefährlich ist und die Gefahr von Therapieabbrüchen nicht unterschätzt werden darf, ist ein gewissenhaftes Einhalten der von Linehan vorgeschlagenen Zielhierarchisierung für Therapeuten und Patienten hilfreich.

Die allgemeinen Regeln der Zielhierarchisierung sehen vor, dass der Bearbeitung und Veränderung suizidaler oder direkt lebensbedrohlicher Verhaltensmuster Vorrang einzuräumen ist (oberste Zielhierarchiestufe: suizidales oder lebensbedrohliches Verhalten).

An zweiter Stelle in der Zielhierarchie stehen Verhaltensmuster, welche die Therapie behindern oder unmöglich machen (z.B. Nicht-Erscheinen zu Sitzungen, Brechen von Vereinbarungen, stationäre Klinikaufnahme zur Vermeidung von Problemen im Alltag etc.).

Die Bearbeitung und Veränderung therapiegefährdenden Verhaltens hat Vorrang vor der Veränderung von Verhalten, das die Lebensqualität einschränkt (dritte Hierarchiestufe), da eine effektive therapeutische Hilfe bei der Erhöhung der Lebensqualität die fruchtbare Zusammenarbeit zwischen Patient und Therapeut voraussetzt. Typische Beispiele für Verhaltensweisen, die die Lebensqualität einschränken, sind Essstörungen (sofern nicht vital bedrohlich), Angststörungen, leichtere und nicht lebensbedrohliche Selbstverletzungen oder Probleme im Umgang mit Wut oder Traurigkeit. Die Lebensqualität einschränkende Verhaltensweisen können bei Patienten mit BPS vielfältig sein, und innerhalb dieser Verhaltensweisen sollte eine erneute Abstufung der Therapieziele nach Gefährlichkeit und Alltagsrelevanz getroffen werden (19).

Immer wenn Verhaltensweisen einer höheren Zielhierarchiestufe auftauchen, hat die Behandlung und Veränderung dieser Verhaltensmuster Vorrang vor anderen Therapieinhalten.

Tabelle 3:

**Validierungsstrategien**

Validierungsstufe	Beschreibung	Erläuterung
1	Aufmerksamkeit	Interessiertes Zuhören, Erinnern von früher Gesagtem, Nachfragen, nicht bewertend
2	Genaue Reflexion	Vermitteln, dass das Gesagte verstanden worden ist, Patientenperspektive wird als «Ist-Zustand» verstanden, auch wenn sie 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 oder biologischer Dysfunktion	Das Erleben und Verhalten wird nicht «gutgeheissen», ist aber vor dem Hintergrund der Biografie oder von biologischen Parametern verständlich
5	Validierung in Termini von gegenwärtigen Umständen	Das Erleben und Verhalten des Patienten ist aufgrund eines aktuellen Auslösers 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

**Behandlungselemente der DBT**

In der «originalen» DBT von *Linehan* sind folgende Elemente feste Bestandteile des Konzepts:

- zwei Stunden ambulante Einzelpsychotherapie pro Woche
- ein zweistündiges Fertigkeitentraining in der Gruppe
- die Möglichkeit zum Telefoncoaching (Patienten dürfen ihre Therapeuten in Krisensituationen anrufen und bekommen Hilfestellung in der Krisenbewältigung) sowie
- Supervision für Therapeuten und Behandlungsteam.

Zusätzlich sind weitere Behandlungen (z.B. pharmakologisch oder mit Hilfe eines Sozialarbeiters) vorgesehen, sodass die Arbeit mit den Patienten nur in einem Team stattfinden kann. Unserer Einschätzung nach wird die Zukunft der ambulanten Behandlung in der Schweiz von Patienten mit BPS in *Behandlungsnetzwerken* liegen, wie sie an vielen Orten in Deutschland bereits entstanden sind (20).

Der DBT-Einzeltherapeut muss fortlaufend eine Hierarchie der Ziele festlegen. Patienten werden zum Üben und Ausprobieren neuer Fertigkeiten und Problemlösungen ermutigt. Bei den nicht selten auftauchenden Problemen mit gefährlichen oder therapiegefährdenden Verhaltensweisen wird zunächst auf verhaltensanalytischer Grundlage ein Problemverständnis erarbeitet, um erst dann gemeinsam nach Lösungen zu suchen. In Verhaltensanalysen wird wichtiges Verhalten genau betrachtet. Labilisierende Bedingungen, direkte Auslöser und kurz- und langfristige Konsequenzen problematischer Verhaltensweisen werden präzise herausgearbei-

tet. Erst bei einem ausreichenden Verständnis solcher kleiner Verhaltenssequenzen kann nach alternativen Lösungen und nach Veränderungsmöglichkeiten gesucht werden. Die Umsetzung derselben erfordert häufig die Aneignung neuer oder den verbesserten Einsatz bereits verwendeter Fähigkeiten. Tagebuchkarten mit täglichen Aufzeichnungen zur Schwere suizidaler Gedanken, dem Auftreten von selbstverletzendem Verhalten, dem Missbrauch von Drogen oder Medikamenten und anderen Problemen erleichtern dem Einzeltherapeuten die Fokussierung auf zentrales Problemverhalten.

Das *Skillstraining* wird in Gruppen von maximal neun Patienten durchgeführt. «Skills» sind alle erwünschten Verhaltensweisen, die geeignet sind, Ziele ohne längerfristige negative Folgen zu erreichen. Das Skillstraining findet in einer strukturierten Lern- und *Übungsgruppe* mit Seminarcharakter statt. Fertigkeiten aus dem Be-

Tabelle 4:

**Wirksame Pharmaka bei BPS** (nach [26])

Symptomgruppe	Empfehlung
Depressive Symptomatik	Antidepressiva, vorzugsweise SSRI
Fremdaggressivität	SSRI
Impulsivität	SSRI, Stimmungsstabilisatoren
Dissoziation	Opiatantagonisten (Naltrexon)
Psychotische und pseudo-psychotische Symptomatik	Atypische Neuroleptika
Angst	Antidepressiva
Zwang	SSRI



## Gegenwärtige Behandlungsmöglichkeiten nach DBT in der Schweiz

Mit der Einführung der DBT in der Schweiz steht mittlerweile seit einigen Jahren eine effektive und wissenschaftlich abgesicherte Behandlungsmöglichkeit für BPS-Patienten zur Verfügung. Die flächendeckende Versorgung mit ausgebildetem ärztlichem und psychotherapeutischem Personal steht aber noch in den Anfängen, sodass häufig auf spezialisierte Zentren zurückgegriffen werden muss. In einigen vollstationären Einrichtungen werden Behandlungsprinzipien und -elemente (wie Skillstraining, Achtsamkeitsgruppe etc.) der DBT angeboten, wodurch die Patienten eine erste grundsätzliche Orientierung hinsichtlich dieses Behandlungsansatzes gewinnen können. In der Klinik Meissenberg in Zug besteht seit Oktober 2002 eine nach DBT spezialisierte Station, die ein integriertes Behandlungsmodell auf allen Versorgungsebenen für Borderline-Patientinnen anbietet; diese Station ist in der Schweiz gegenwärtig die einzige, die vom DBT-Dachverband zertifiziert worden ist und das Programm vollumfänglich anbieten kann. Darüber hinaus gibt es mehrere Tageskliniken und ambulatorische Zentren, die Module der DBT in ihr Versorgungsangebot integriert haben und auch Einzeltherapie anbieten. Ambulante Netzwerke sind in mehreren Orten und Regionen am Entstehen.



Klinik Meissenberg in Zug

reich zwischenmenschlicher Kompetenzen, der Emotionsregulation und der Stresstoleranz werden durch zwei Skillstrainer vermittelt und von den Patienten in den Sitzungen und im Alltag intensiv geübt. Grundlage des Skilltrainings sind Fertigkeiten zur inneren und äusseren Achtsamkeit, etwa spielerisch erlernbare Techniken in der Tradition der Zen-Meditation, durch die Patienten wie Therapeuten in die Lage versetzt werden, ihre Umwelt und sich selber konzentriert und nichtbewertend wahrzunehmen, zu beschreiben oder effektiv zu handeln. Patienten dürfen sich unter bestimmten Voraussetzungen kurz mit ihren Therapeuten telefonisch beraten. Erwünscht sind *Anrufe in Krisensituationen*, sofern Patienten noch nicht auf ungünstige Lösungsversuche wie suizidale oder selbstverletzende Verhaltensweisen zurückgegriffen haben. Die Aufgabe des Therapeuten besteht in einer raschen Abklärung der gegenwärtigen Krisensituation und einer Beratung des Patienten, mit welchen Techniken die Krise ohne weitere Schädigungen überstanden werden kann. In der darauf folgenden Einzeltherapiesitzung erhält der Patient eine Rückmeldung über sein Verhalten während des Telefoncoachings. Therapeuten sind beim Telefoncoaching angehalten, eigene persönliche Grenzen zu wahren (z.B. bestimmte Anrufzeiten festzulegen) und ungünstiges Verhalten von Patienten während eines Telefoncoachings als therapiegefährdendes Verhalten zu behandeln (z.B. wenn ein Patient Vorschläge mit dem Argument «Das hilft doch sowieso nicht» nicht annimmt).

### Unterstützung im Team

Supervision und Teamsitzungen finden in Linehans Konzept regelmässig statt und sind fester Bestandteil der DBT. Grundlage der gegenseitigen Unterstützung der

Teammitglieder ist das Wissen, dass die Arbeit mit BPS-Patienten oft nervenaufreibend ist und «Einzelkämpfer» unter den Behandlern leicht überfordern kann. Aus eigener praktischer Erfahrung halten wir die emotionale Unterstützung im Team und das gegenseitige unterstützende Validieren (vgl. *Tabelle 3*) und Korrigieren in schwierigen Therapiesituationen für unverzichtbar.

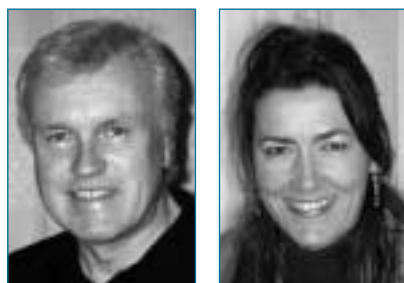
*Ergänzende Behandlungen* sind in der DBT nicht nur erlaubt, sondern sogar erwünscht, sofern ein Nutzen erwartet wird. Dies trifft insbesondere auf die ergänzende Pharmakotherapie zu (25). Da es kein Medikament gegen «die BPS» gibt, werden einzelne Symptombereiche pharmakologisch behandelt. *Tabelle 4* gibt einen Überblick über wissenschaftlich gesicherte pharmakologische Behandlungsempfehlungen. Die Datenlage hinsichtlich Wirksamkeit von Psychopharmaka in der Behandlung der Borderline-Störung ist im Vergleich mit ähnlich relevanten psychiatrischen Störungen ausgesprochen schlecht. Nur für wenige Substanzen liegen kontrolliert-randomisierte Studien – mit widersprüchlichen Ergebnissen – vor (21). In der Praxis ist es sinnvoll, nicht «das Borderline-Syndrom», sondern ganz bestimmte Symptome zu therapieren.

So haben sich derzeit SSRI zur Stabilisierung der depressiven Symptomatik, Impulskontroll-Störungen und Angst durchgesetzt. Die Effizienz atypischer Neuroleptika ist noch unklar, einige Studien weisen jedoch auf ein breites Wirkspektrum hin. Dissoziative Symptomatik spricht häufig gut auf den Opiatantagonisten Naltrexon an, und akute Spannungszustände lassen sich mit Clonidin kupieren.

Ein häufiges klinisches Problem ist die iatrogene Polypharmazie. Eine Studie in den USA zeigte, dass über 75 Prozent der betroffenen Borderline-Patienten zeit-

gleich mehr als drei Psychopharmaka einnehmen. Die Situation in Deutschland dürfte ähnlich sein. Es gehört also in den Verantwortungsbereich des behandelnden Psychiaters, unwirksame (oder teilwirksame) Medikamente auch wieder abzusetzen. Der Einsatz von Benzodiazepinen gilt als obsolet.

Zur Datenlage: Mittlerweile liegen sieben kontrollierte randomisierte Studien vor, welche die Überlegenheit der ambulanten DBT gegenüber herkömmlichen, unspezifischen Verfahren nachweisen (20). Auch für den stationären Bereich liegen mittlerweile drei Studien vor, die eine rasche, signifikante Verbesserung sowohl auf der Verhaltensebene als auch im inneren Erleben der Patienten nachweisen. Damit gilt die DBT als dasjenige Verfahren in der Behandlung der Borderline-Störung, für welches die stärksten wissenschaftlichen Evidenzen vorliegen (22–24). ■



Dipl.-Psych. Dr. biol. hum. Thomas Kühler  
Dipl.-Psych. Kirsten Schehr  
beide: Klinik Meissenberg  
Postfach, 6301 Zug

Dipl.-Psych. Dr. rer. nat. Klaus Höschel  
Prof. Dr. Martin Bohus  
beide: Zentralinstitut für Seelische Gesundheit  
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie  
D-68159 Mannheim

#### Literatur:

1. Jerschke S, Meixner K, Richter H & Bohus M (1998) Zur Behandlungsgeschichte und Versorgungssituation von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 66: 545–552.
2. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM & Bohus M (2004) Borderline personality disorder. *Lancet* 364: 453–461.
3. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J & Silk KR (2003) The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 160: 274–283.
4. Grilo CM, Sanislow CA, Gunderson JG, Pagano ME, Yen S, Zanarini MC, Shea MT, Skodol AE, Stout RL, Morey LC, McGlashan TH (2004) Two-year stability and change of schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *J Consult Clin Psychol* 72: 767–775.
5. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB & Silk KR (2004) Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *Am J Psychiatry* 161: 2108–2114.

6. Johnson DM, Shea MT, Yen S, Battle CL, Zlotnick C, Sanislow CA, Grilo CM, Skodol AE, Bender DS, McGlashan TH, Gunderson JG & Zanarini MC (2003) Gender differences in borderline personality disorder: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Comprehensive Psychiatry* 44: 284–292.
7. Loranger AW (1999) *International personality disorder examination*. Odessa, Florida, Psychological Assessment Resources.
8. Zanarini MC, Frankenburg FR, Sickel AE & Yong L (1996) *The Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders (DIPD-IV)*. Belmont, Mass, McLean Hospital.
9. Pfohl B, Blum N & Zimmermann M (1997) *Structured interview for DSM-IV personality (SIPD-IV)*. Washington, DC, American Psychiatric Press.
10. Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR & Chauncey DL (1989) The revised diagnostic interview for borderlines: discriminating BPD from other Axis II disorders. *J Personal Disord* 3: 10–18.
11. Stiglmayr C, Shapiro DA, Stieglitz RD, Limberger MF & Bohus M (2001) Experience of aversive tension and dissociation in female patients with Borderline Personality Disorder – a controlled study. *Journal of Psychiatric Research* 35: 111–118.
12. Livesley WJ, Jang KL, Vernon PA. (1998) Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 55: 941–948.
13. Bohus M, Schmahl C & Lieb K (2004) New developments in the neurobiology of borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports* 6: 43–50.
14. Linehan MM (1993) *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, Guilford press. [Deutsche Übersetzung: Linehan MM (1996) *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München, CIP-Medien.]
15. Linehan MM (1993) *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York, Guilford press. [deutsche Übersetzung: Linehan MM (1996) *Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München, CIP-Medien.]
16. Bohus M & Barthruff H (2000) *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Störung im stationären Setting*. *Psychotherapie im Dialog* 4: 55–66.
17. Bohus M, Haaf B, Stiglmayr C, Pohl U, Böhme R & Linehan MM (2000) Evaluation of inpatient Dialectical-Behavioral Therapy for Borderline Personality Disorder – a prospective study. *Behav Res Ther* 38: 875–887.
18. Bohus M, Haaf B, Simms T, Limberger MF, Schmahl C, Unckel C, Linehan MM (2004) Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behav Res Ther* 42: 487–499.
19. Evershed S, Tennant A, Boomer D, Rees A, Barkham M & Watson A (2003) Practice-based outcomes of dialectical behaviour therapy (DBT) targeting anger and violence, with male forensic patients: a pragmatic and non-contemporaneous comparison. *Crim Behav Ment Health* 13: 198–213.
20. Gunia H, Huppertz M, Friedrich J & Ehrental J (2000) *Dialektisch-Behaviorale Therapie von Borderline-Persönlichkeitsstörungen in einem ambulanten Netzwerk*. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis* 32: 651–662.
21. Schmahl C & Bohus M (2001) *Symptomorientierte Pharmakotherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung*. *Fortschr Neurol Psychiatr* 69: 310–321.
22. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M (2004) Borderline personality disorder. *Lancet* 364: 453–61.
23. Bohus M et al (2001) *Behavior Research and Therapy* 38: 875–887.
24. Bohus M, Haaf B, Simms T, Limberger MF, Schmahl C, Unckel C, Lieb K, Linehan MM (2004) Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behav Res Ther* 42: 487–549.