

# Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Störungen: Standard-DBT und DBT für Suchtpatienten (DBT-S)

Christoph Fuhrhans, Littenheid

03.02.2011

“Update Sucht”, Kantonsspital St. Gallen

[christoph.fuhrhans@clenia.ch](mailto:christoph.fuhrhans@clenia.ch)

# Diagnostische Kriterien der Borderline-PKS

## Affektivität

- Unangemessen starke Gefühle (wie z.B. Wut und Ärger) oder Schwierigkeiten, diese zu kontrollieren
- Affektive Instabilität
- Chronisches Gefühl der Leere

## Impulsivität

- Impulsivität in mindestens 2 potentiell selbstschädigenden Bereichen
- Wiederkehrende Suizidalität oder selbstschädigendes Verhalten

## Kognition

- Vorübergehende paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome
- Identitätsstörungen

## Interpersoneller Bereich

- Verzweifeltes Bemühen, Ausgeschlossenheit zu verhindern
- Instabile zwischenmenschliche Beziehungen

# Zusammenfassung:

Ziemlich durchgeknallt,  
aber nicht unsympathisch...!



# Borderline-Störung: Epidemiologie

**Lebenszeit- Prävalenz: ca**

**6% (Grant et al. 2008)**

15 Jahre: ca. 6%

20 Jahre: ca. 4,2%;

45 Jahre: ca. 0,7%;

15- 45 Jahre: ca. 2%

**Männer = Frauen**

**Suizidrisiko: ca. 7%**

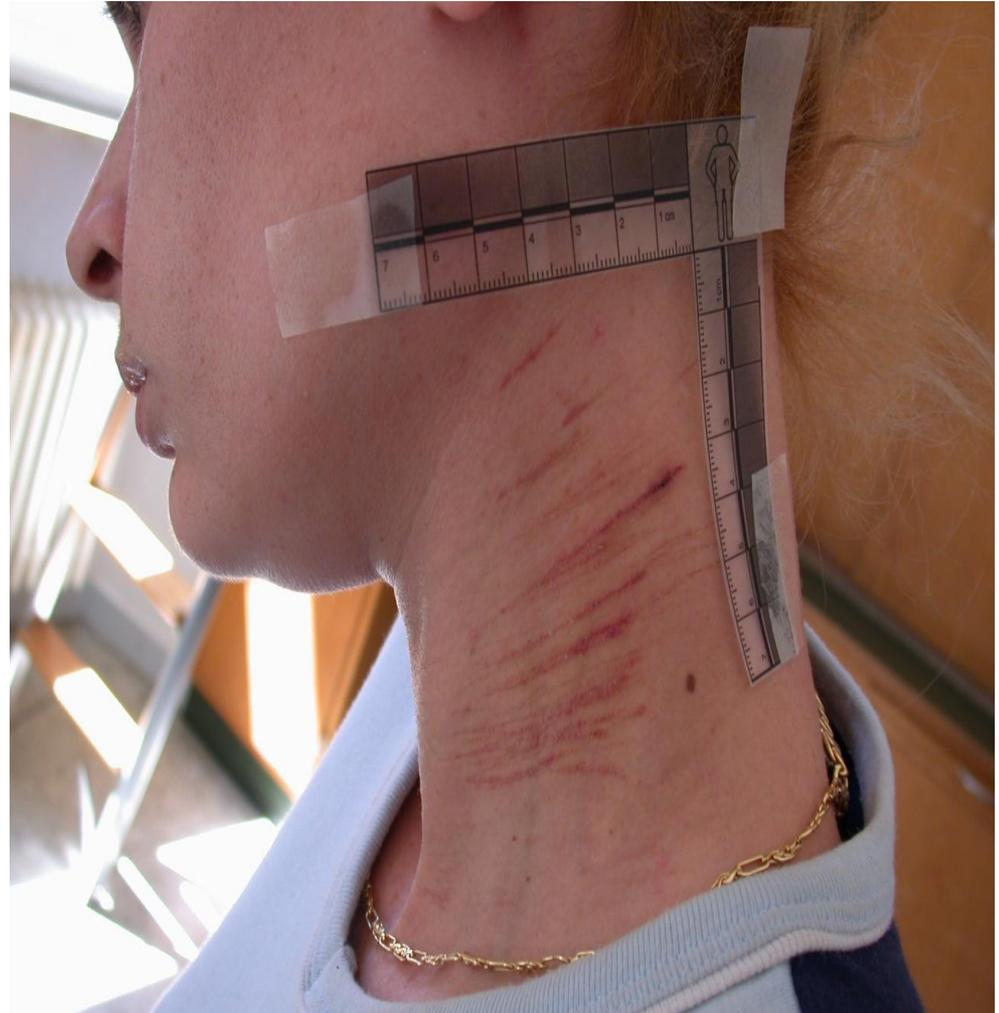
**Suizidversuche: ca. 60 %**

**Häufigkeit in Kliniken: 20%**

**Häufigkeit in Praxen: 15%**

**Direkte Kosten: ca. 4 Milliarden €  
jährlich (15% der Kosten für  
Psychische Störungen)**

copyright: awp-freiburg.de



# Komorbidität bei BPS?



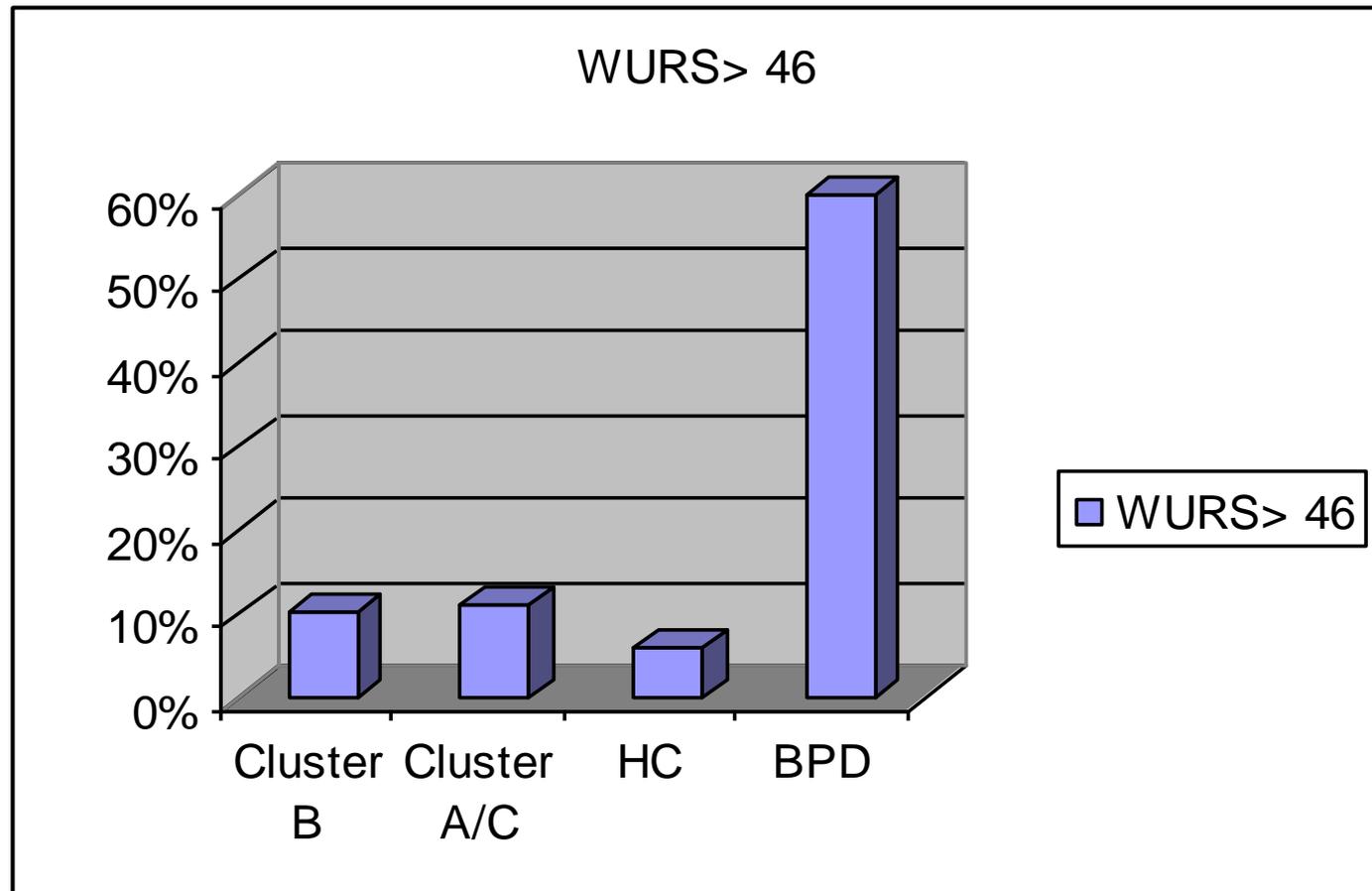
# Komorbidity Achse I Zanarini et al., AJP, 161, 2004

Achse I	Baseline	2 Jahre	4 Jahre	6 Jahre
Major Depression	86%	68%	61%	61%
Dysthymia	44,8%	33,8%	29%	44,5%
Substance Use	62%	29%	23%	19%
Alkohol	50%	20%	14%	11%
Drogen	46%	20%	15%	13%
PTSD	58%	51%	42%	35%
Anorexie	21%	3,6%	1,1%	2,1%

# Komorbidität BPD und AHDS

WURS > 46 (Fossati et al., Compr. Psych. 2002);

Bohus et al., Br. J. Psychiatry, 2008



# Biosoziales Modell

2-Faktorenmodell:

(Genetische) Risikofaktoren + „invalidierendes“ Umfeld

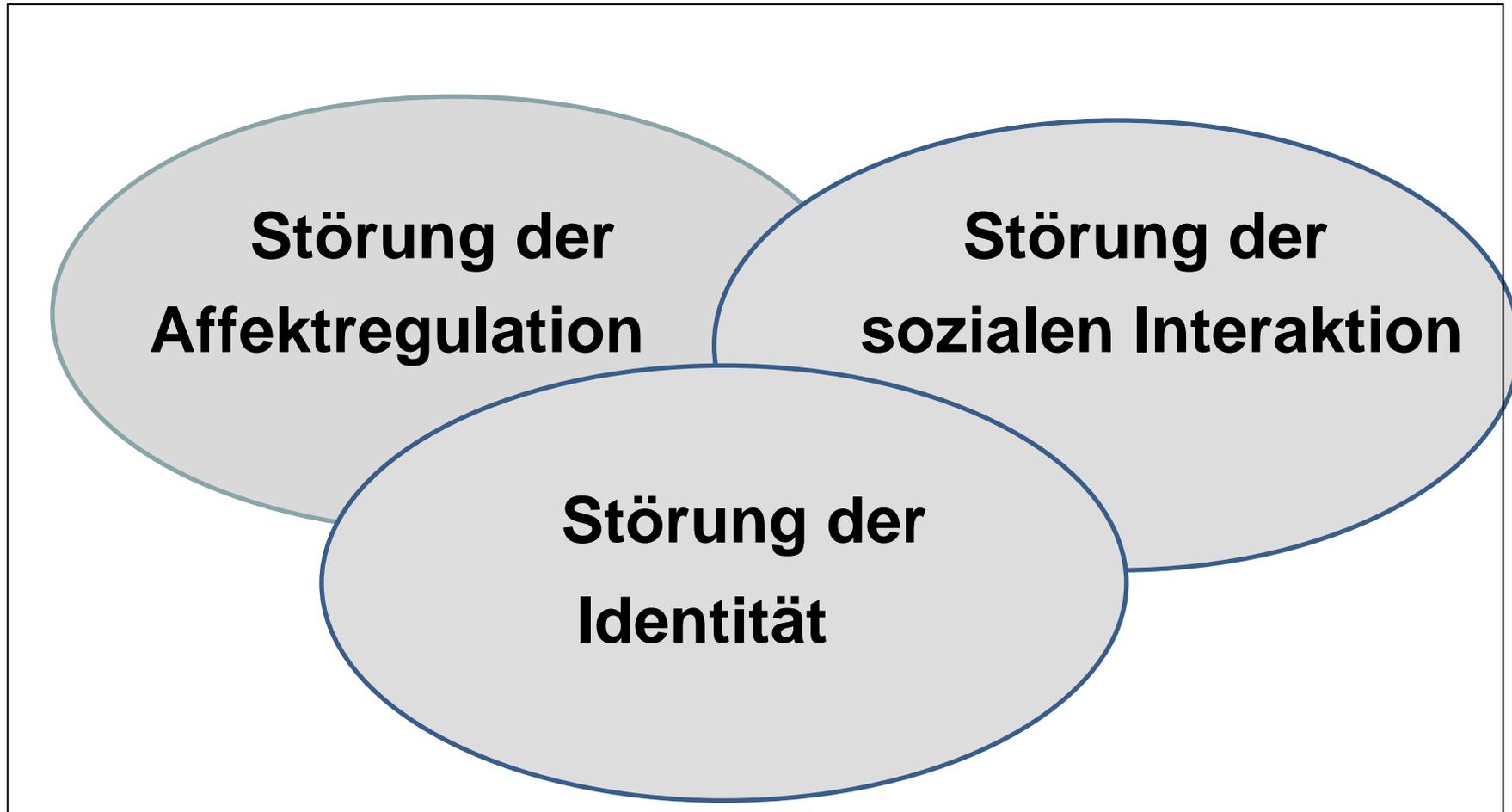
Invalidierung: Der Prozess der Entwicklung des Emotionsregulationssystems wird nachhaltig gestört durch

- Entwertungen
- Falsche Zuschreibungen
- Emotionsverbot oder –sanktion

Invalidierungen geschehen

- In der Familie
- In der Peergroup („Cyberbullying“)/Schulhof (!)

# Psychopathologie der Borderline-Störung

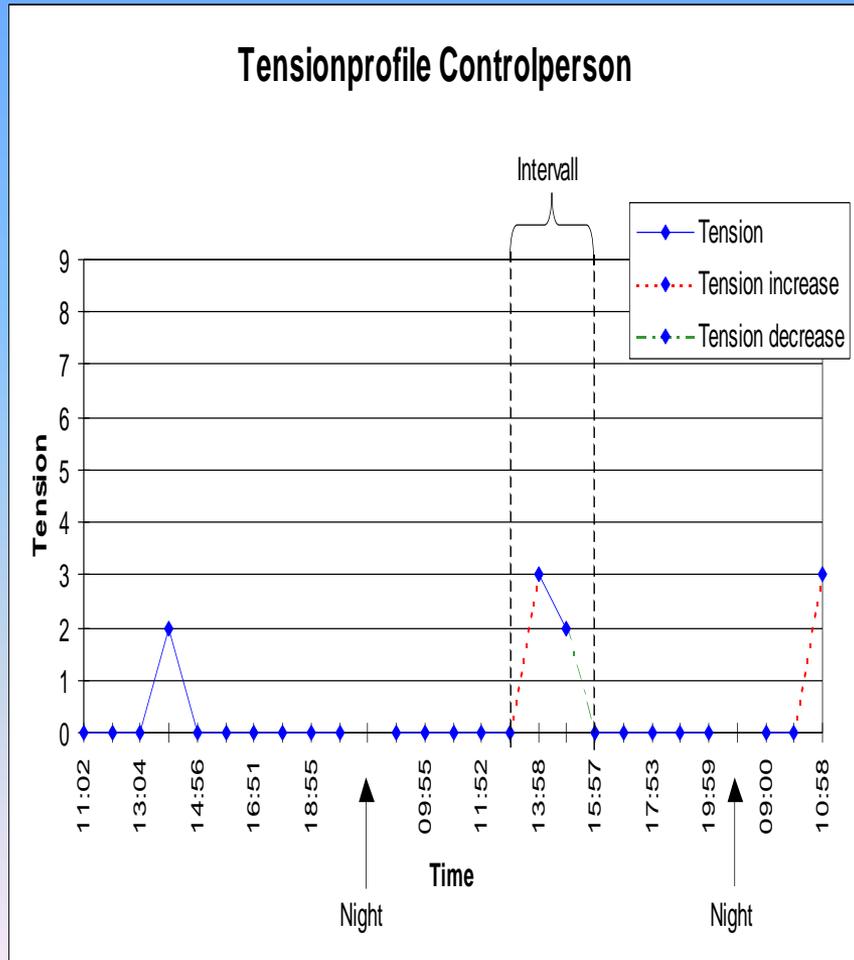


# Störung der Affektregulation

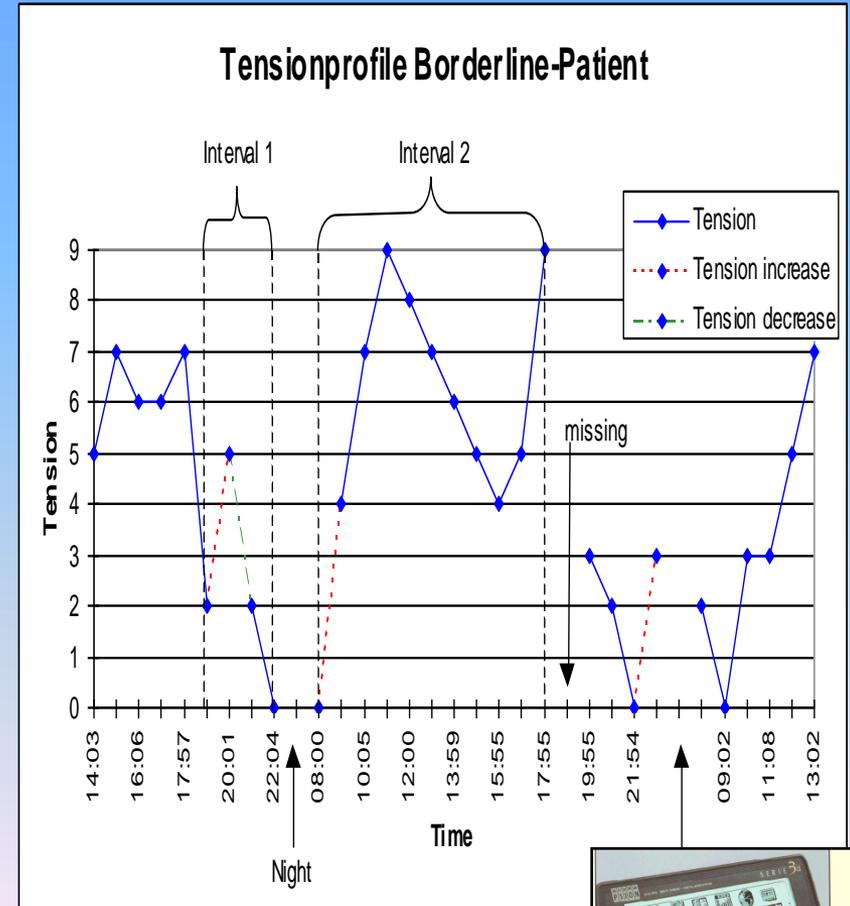
- **Hohes affektives Arousal, das als aversive Anspannung erlebt wird** (Stiglmayr et al. 2005, Ebner-Priemer et al. 2007)
- **Geringe Schwelle für affektive Reaktionen** (Herpertz 1997, Stiglmayr et al. 2001)
- **verlängerte Rückkehr zur Baseline** (z.B. Jacob et al. 2008)
- Zunehmende Unfähigkeit, im Hochspannungsbereich Emotionen zu differenzieren (Wolff et al. 2007)
- Schnelle Wechsel von positiver zu negativer Stimmung (Ebner-Priemer et al. 2007)
- **Impulsivität nur bei gleichzeitigem Vorliegen eines ADHS** (Lampe et al. 2007, McCloskey et al. 2009)



# Computer - based open field study



# Computer - based open field study



# Störung der Sozialen Interaktion

- Kompetenz, emotionale Gesichtsausdrücke zu dechiffrieren, bei BPS **ohne Anspannung besser** (Fertuck et al 2009), **bei Anspannung schlechter als bei Gesunden** (Guitard-Masip et al. 2009)
- Neutrale Gesichtsausdrücke werden eher als feindlich oder negativ attribuiert (Dyck et al. 2009, Barnow et al. 2009)
- **Kernaffekt: Scham** (Rüsch et al. 2007, Bohus u. Wolf 2009)
- Wahrnehmung von **sozialem Ausschluss** (Haupt-Krisentrigger!) auch in neutralen Situationen (Renneberg et al. 2003, 2006)

# Symptome sind

# Lösungsversuche

Selbstverletzung

- Selbstbestrafung zur Schuldreduktion
- Unterbrechung und Reorientierung bei Spannung/ drohender Dissoziation / Analgesie
- *selten: Euphorie („daily cutters“)*

Hochrisikoverhalten

- Kontrollierte Angstexposition zur Reduktion von Ohnmachtsgefühl
- Unterbrechung selbstentwertender Gedankenschleifen

Suizidphantasien,  
-äusserungen

- Reduktion von Wut- oder Ohnmachtsgefühl
- Wiedererlangung von Selbstkontrolle
- (Wieder)erlangen von Unterstützung

# Evidenzbasierte Psychotherapie der BPS

Therapieverfahren		RCT	Evidenz
1.	Dialektisch-Behaviorale Therapie DBT	9	Ib
2.	Schematherapie	2	IIa
3.	Mentalisierungsbasierte Therapie MBT	2	IIa
4.	Übertragungsfokussierte Therapie TFP	0	IIa

# Therapie der BPS – Die Dialektisch-Behaviorale Therapie

- Anfänge in den 80‘er Jahren –  
Studie an chronisch suizidalen Patientinnen  
der Arbeitsgruppe von Marsha Linehan/Seattle
- Reine Kognitive Verhaltenstherapie erweist sich als nicht  
ausreichend wirkungsvoll
- Es werden Elemente aus anderen Therapieverfahren  
hinzugenommen:
  - „Validieren“
  - „Achtsamkeit und Akzeptanz“ (ZEN-Buddhismus)
  - Dialektik aus Verändern (KVT) und Validieren/Akzeptanz



# DBT ambulant - Standardbausteine

- Ambulante Einzel-Psychotherapie
- Telefonkontakte
- Ambulante Skills-Gruppe (z. B. Littenheid, St. Gallen, Wil)
- TherapeutInnen-Supervisionsgruppe
- Ergänzende Behandlungen ( z.B. Pharmakotherapie)
- Dauer: 2 Jahre

## DBT stationär - Standardbausteine

- Einzel-Psychotherapie
- 2 x wöchentliches Skills-Training
- DBT-Teamsitzungen (Achtsamkeit, Dialektik!)
- DBT-Gruppen
- Ergänzende Behandlungen ( z.B. Pharmakotherapie)
- **Dauer: 3 Monate**, dann ambulant weiter

# Ablauf der DBT:

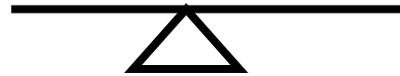
1. Was sind die wichtigsten Probleme des Patienten?  
(Leitfaden: „Therapiezielhierarchie“)
2. Individuelle Analyse der Hauptprobleme (mit „Verhaltensanalyse“)
3. Individuelle Behandlungsplanung (auf Grundlage der Verhaltensanalyse)
4. Behandlung (Diary-Card, Therapieziel-Erreichungsbogen ...)

# Die Therapiezielhierarchie

1. Lebensgefährdendes Verhalten
2. Therapiezerstörendes Verhalten
3. Krisengenerierendes Verhalten
4. Therapiebehinderndes Verhalten
5. Lebensqualität beeinträchtigendes Verhalten

# Dialektische Strategien und Validieren

**Akzeptanz**



**Veränderung**

**Validieren**



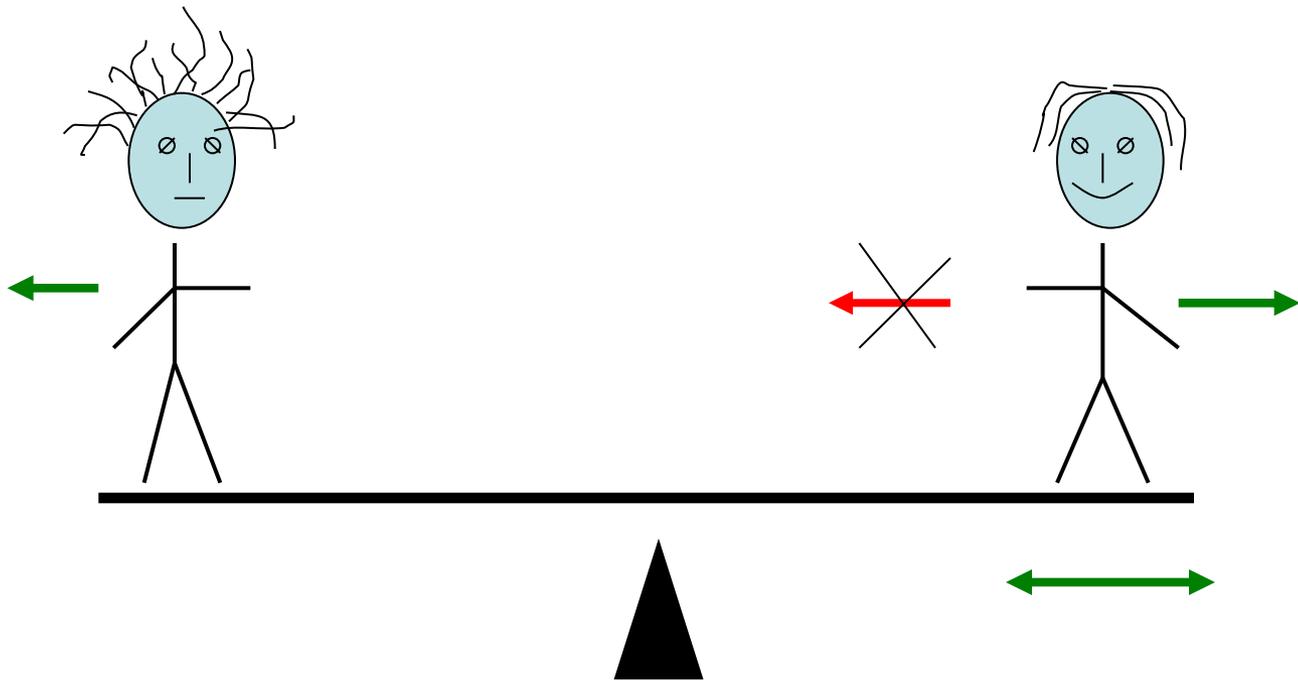
**Veränderungsstrategien**

**Was ist „Validieren“?**

**Bestätigen und Erklären der subjektiven Berechtigung und Folgerichtigkeit der Gefühle und Handlungen des Patienten**

# Die therapeutische Beziehung in der DBT

- Stichwort: Balance -





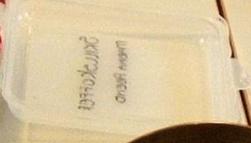
Handwritten notes on a piece of paper, possibly a checklist or agenda, with some illegible text.

Handwritten notes on a piece of paper, possibly a checklist or agenda, with some illegible text.

Handwritten notes on a piece of paper, possibly a checklist or agenda, with some illegible text.

Handwritten notes on a piece of paper, possibly a checklist or agenda, with some illegible text.

Handwritten notes on a piece of paper, possibly a checklist or agenda, with some illegible text.



**STRESSTOLERANZ**

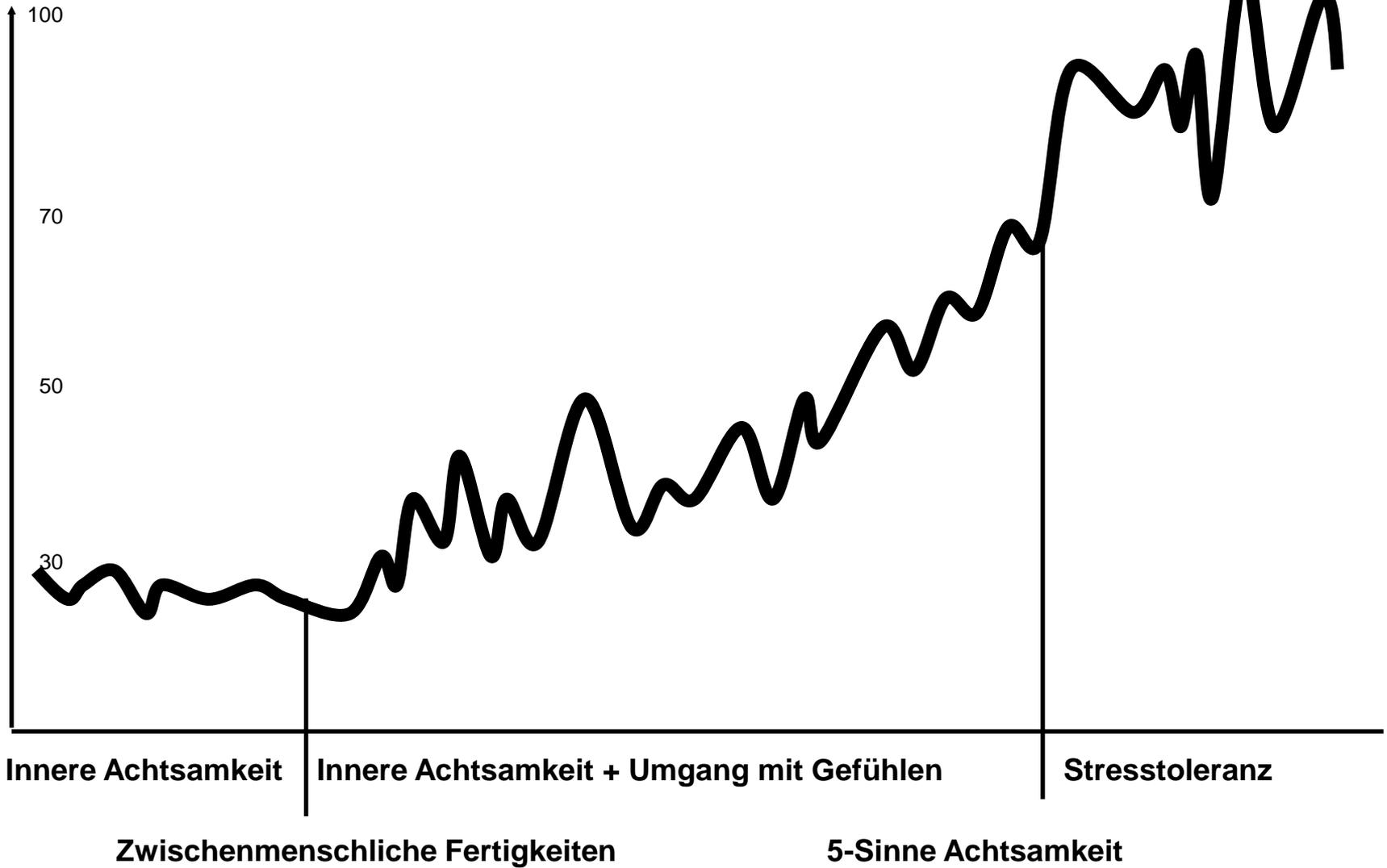
Handwritten notes on a piece of paper, possibly a checklist or agenda, with some illegible text.



# Module und DSM-Symptome

<u>Aufbauen</u> (Module)	<u>Abbauen</u> (DSM-IV)
Achtsamkeit	<ul style="list-style-type: none"><li>• Identitätsdiffusion</li><li>• Innere Leere</li></ul>
Zwischenmenschliche Fertigkeiten	<ul style="list-style-type: none"><li>• Instabile Beziehungen</li><li>• Angst vor dem Verlassenwerden</li></ul>
Emotionsregulation	<ul style="list-style-type: none"><li>• Affektschwankungen</li><li>• Exzessiver Ärger</li></ul>
Stresstoleranz	<ul style="list-style-type: none"><li>• Impulsivität</li><li>• Suiziddalität</li><li>• Selbstverletzungen</li></ul>





# „Stresstoleranz“-Skills

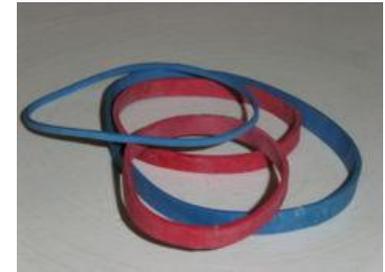
- **Akute Krisenbewältigung**
- Sich Ablenken
  - Aktivitäten
  - Unterstützen anderer
  - Gefühle ersetzen
  - Hirn-Flic-Flacs
  - Extreme Körperempfindungen
- Sich Beruhigen
  - 5-Sinne-Skills
- Den Augenblick verbessern
  - z.B. Sicherer Ort, etc. ...
- Pro- und Contra-Liste
- **Annehmen der (eigenen) Realität**
- Akzeptanz und „Radikale Akzeptanz“
- Entscheidung für den neuen Weg
- Innere Bereitschaft
- Atemübungen
- „Leichtes Lächeln“
- Achtsamkeitsübungen



# „Extreme Körperempfindungen“



- Gummiband fürs Handgelenk
- Coldpack
- Finalgon-Salbe
- Schmerzpunkte
- „Stresshocke“
- Stein im Schuh
- Über einen Besenstil laufen
- Brausetablette
- Chilischoten, Tabasco
- Scharfe Saucen ([www.crazystuff.ch](http://www.crazystuff.ch))
- Ammoniak riechen
- Laute Geräusche (Rassel, Knackfrosch)
- Balance (Therapiekreisel)



# ZENtrum: „Achtsamkeit“

- gerichtete Aufmerksamkeitslenkung
- auf den gegenwärtigen Moment
- ohne zu werten



- Gegenwart
- Wertungsfreiheit
- Bewusstsein seiner Gedanken und Gefühle („Vogelperspektive“)
- Entspringt der buddhistischen Meditationspraxis
- Ist eine allgemeine menschliche Fähigkeit, nicht an eine bestimmte Schule oder Technik gebunden
- ist eine Distanzierungstechnik und dient der Emotionsregulation
- ist eine „Haltung“, die auch der Therapeut in seinem Alltag praktizieren sollte

# DBT-Weiterentwicklungen

- DBT für Sucht (DBT-S; Linehan et al., 1999, Kienast et al. 2008)
- DBT bei ADHS (Hesslinger et al 2004)
- DBT für Essstörungen (Telch et al., 2001)
- DBT bei Depressiven (Lynch et al., 2003, 2007)
- DBT stationär (Bohus et al., 2004)
- DBT für Adoleszente (DBT-A; Rathus & Miller, 2002)
- DBT in der Forensik (DBT-F; McCann & Ball, 2000)
- DBT-ACES (Comtois et al., 2006)
- DBT für Eltern, Paare und Familien (Fruzzetti, 2006)

# DBT-S: Grundlagen

- Sucht und Borderline-PKS werden **parallel** behandelt
- **Dialektisches Vorgehen** zwischen den Polen „Forderung nach Abstinenz“ und „Rückfälle/Ausrutscher gehören zum Krankheitsbild“
- Ergänzung der DBT-Zielhierarchie um Ziele aus dem Suchtbereich (Sucht wie SVV)
- Suchtspezifische Skills
- Spezielle Attachmentstrategien

# DBT-S: Behandlungsziele

- Stärkung der Selbstverpflichtung (Commitment) des Patienten zur Abstinenz
- Erarbeiten individueller Methoden zur Verminderung des Konsums bzw. Einhaltung der Abstinenz bei Abhängigkeit
- Verminderung von entzugs- oder abstinenzinduzierten Beeinträchtigungen der Lebensqualität
- Reduktion von Craving sowie der Abbau von Situationen, Hilfsmitteln oder Reizen, die einen erneuten Substanzkonsum begünstigen.
- Aufbau und Aufsuchen von abstinenzfördernden Personen oder Situationen.

# DBT-S: Suchtspezifische Besonderheiten

- Suchtmittelabhängige Borderliner sind i.d.R. „Butterflies“ (Linehan)
  - Verpassen Termine, ohne vorher anzurufen
  - Kommen zu Sitzungen zu spät, wollen früher gehen
  - Rufen nur selten an
  - Fallen generell schneller aus Kontakt raus >> **ADHS?**
- Attachmentstrategien:
  - Mit dem „Butterfly-Problem“ bekannt machen
  - Ansteigender Kontakt zu Beginn der Therapie
  - Kontakt über Email, SMS, Kurzkontakte
  - Verlorene PatientInnen finden („social network mapping“)

# DBT-S: Spezielle Elemente

## Skillstraining:

- Individuelles Skillstraining: Erwerb von Skills
- Gruppen-Skillstraining: Stärkung von Skills
- Suchtspezifische Skills
  - Anti-Craving Skills: Stimulusvermeidung, „Wellensurfen“, Craving-Protokolle
  - Stresstoleranzskills, z.B. stomach-overload
  - „Burning down the Bridges“ – Brücken zum Konsum abbrechen
  - Emotionale Verwundbarkeit verringern

# Zusammenfassung

- Borderline-Persönlichkeitsstörungen weisen eine hohe Komorbidität insbesondere an Sucht und ADHS auf
- Suchtgefährdung bei komorbidem ADHS besonders hoch, hohe syndromale Überschneidung!
- Die DBT stellt ein störungsspezifisches und empirisch sehr gut belegtes Therapieverfahren dar
- Die DBT-S ist bei Borderline-Patienten mit komorbider Sucht (noch) erfolgreicher als die Standard-DBT

# DBT: Behandlungs- und Fortbildungsmöglichkeiten

Stationäre Standard-DBT:

zertifizierte DBT-Stationen: Littenheid, Schlössli,  
Meissenberg

DBT-Netzwerk: [www.borderline.ch](http://www.borderline.ch)

Fortbildungen CH:

AWP Zuerich: [www.awp-zuerich.ch](http://www.awp-zuerich.ch)

Wil/Littenheid: [www.borderline.ch](http://www.borderline.ch)

weitere: [www.dachverband-dbt.de](http://www.dachverband-dbt.de)

DBT-S: 4-tägiger Kurs Littenheid 2011/12 in Planung