

Dialektisch-Behaviorale Therapie von Borderline-Persönlichkeitsstörungen in einem ambulanten Netzwerk

Hans Gunia, Michael Huppertz, Jürgen Friedrich & Jil Ehrental

Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis 4/2000.

Herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie

Einleitung	2
Borderline-Persönlichkeitsstörungen	3
Entstehungsmodell von BPS im Rahmen der DBT	4
Dialektisch-behaviorale Therapie von Borderline-Persönlichkeitsstörungen	5
Einzeltherapie.....	5
Fertigkeitentraining in der Gruppe	6
Telefonkontakt.....	7
Intervision	8
Wirksamkeit von DBT	8
Entstehung des DBT-Netzwerks in Darmstadt	8
Das Darmstädter Setting.....	9
Wie gelangen PatientInnen in das Netzwerk?.....	9
Finanzierung.....	10
Installationsprobleme	10
Inhaltliche Probleme	11
Evaluative Begleitforschung.....	12
Beschreibung der TherapeutInnengruppe.....	13
Beschreibung der PatientInnengruppe	14
Ausblick.....	16
Literatur:.....	18

Zusammenfassung: Nach der Darstellung der diagnostischen Kriterien für Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS) werden einige Schwierigkeiten der Behandlung von BPS diskutiert. Die ätiologischen Hypothesen und die Grundzüge der Behandlung der Dialektisch-Behavioralen Therapie nach Linehan werden dargestellt. Daran schließt sich die Beschreibung der Entstehung unseres ambulanten DBT-Netzwerks und des Darmstädter Settings an. Inhaltliche und formale Schwierigkeiten, die bei der Implementierung des Netzwerks entstanden sind, werden diskutiert. Aus der begleitenden Evaluation des Projekts stammen einige deskriptive Daten der TherapeutInnen und PatientInnen.

Stichwörter: ambulante Behandlung, Borderline-Persönlichkeitsstörung, BPS, Dialektisch-Behaviorale Therapie, DBT, Evaluation, Fertigkeitentraining, Finanzierung, Linehan, Netzwerk, Patientendaten, Psychotherapie, Therapeutendaten, Verhaltenstherapie

Dialectical Behavioral Therapie of Borderline Personality Disorders (BPD) in an ambulant network

Summary: After presenting the diagnostical criterions of Borderline Personality Disorder (BPD), we discuss some difficulties in the treatment of BPD. The etiological hypotheses of BPD and the therapeutical basics of the Dialectical Behavioral Therapy according to Linehan are described. After presenting the installation of the ambulant network and some aspects of the setting in Darmstadt several formal and theoretical difficulties which appeared during the implementation of our network are discussed. Finally we present some descriptive data concerning the therapists and the patients participating in this project.

keywords: ambulant treatment, Behavior Therapy, Borderline Personality Disorder, BPD, Dialectical Behavioral Therapy, DBT, evaluation, financing, Linehan, network, patients data, psychotherapy, skillstraining, therapists data

Einleitung

Vor einigen Wochen erreichte uns der Anruf einer Borderlinepatientin aus Oberursel bei Frankfurt. Sie fragte nach einem Therapieplatz an. Auf den Einwand, dass der Weg doch sehr weit sei (etwa 50 km), und dass es für sie vielleicht möglich wäre, in ihrer Region einen Therapieplatz zu finden, antwortete sie, dass sie dies bereits versucht habe und von den angerufenen TherapeutInnen Antworten wie diese erhalten habe: "Von der Diagnose Borderline halte ich nichts"; "Borderliner behandle ich nicht" oder sogar: "Borderline gibt es nicht".

Sicher wissen wir, dass es auch in dieser Region TherapeutInnen gibt, die PatientInnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) qualifiziert behandeln, doch glauben wir, dass diese kleine Geschichte verdeutlicht, wie schwierig es für Menschen mit einer BPS sein kann, einen qualifizierten Behandlungsplatz zu finden.

Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Bei der Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) orientieren wir uns an den DSM-IV Kriterien (APA, 1994). Für die Diagnose einer BPS müssen 5 von 9 Kriterien erfüllt sein. Diese 9 Kriterien sind in Tab. 1 dargestellt.

Tabelle 1: DSM-IV Kriterien für die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung

- 1) Verzweifertes Bemühen, reale oder imaginäre Trennungen zu vermeiden.
- 2) Ein Muster von instabilen, aber intensiven interpersonellen Beziehungen, die durch einen Wechsel zwischen extremer Idealisierung und Abwertung charakterisiert sind.
- 3) Identitätsstörungen: Chronische und erheblich gestörte, verzerrte oder instabile Vorstellungen oder Gefühle für sich selbst (z.B. das Gefühl nicht zu existieren oder das Böse zu verkörpern).
- 4) Impulsivität in mindestens zwei Gebieten, die potentiell selbstschädigend sind (z.B. Geldausgeben, Sex, Drogenmissbrauch, Diebstahl, rücksichtsloses Fahren, Essstörungen) – ohne Suizid oder selbstschädigendes Verhalten.
- 5) Wiederkehrende Suiziddrohungen, -gesten oder -versuche oder selbstschädigendes Verhalten.
- 6) Affektive Instabilität: Ausgeprägte Sensibilität der Stimmung (z.B. starke episodische Dysphorie, Irritabilität oder Angst), üblicherweise wenige Stunden bis selten wenige Tage anhaltend.
- 7) Chronisches Gefühl von Leere
- 8) Unangemessene intensive Wut oder Schwierigkeiten, Wut oder Ärger zu kontrollieren (z.B. häufige Phasen von schlechter Laune, konstantem Ärger, häufig wiederkehrende körperliche Kämpfe).
- 9) Vorübergehende, stressabhängige schwere dissoziative Symptome oder paranoide Vorstellungen.

Die Prävalenz der BPS wird in den USA mit 1.0 bis 1.8 % angegeben. Auffallend ist eine hohe Suizidrate von 5-10% innerhalb von 15 Jahren und eine Selbstverletzungsrate von 69-80% (zusammenfassend Jerschke et al., 1998; Grüttert, 2000; Rothenhäusler et al., 1999). Runeson et al. (1991, zitiert nach Grüttert, 2000) fanden bei einer postmortem Untersuchung von 58 jungen Suizidenten eine Inzidenz von 33% für eine BPS (diagnostiziert nach DSM-III-Kriterien). Es gibt Hinweise, dass das höchste Suizidrisiko von Borderline-PatientInnen zwischen dem 20. und 29. Lebensjahr liegt (Bromisch, 1997).

Jerschke et al. (1998) fanden in ihrer Stichprobe häufige Therapieabbrüche (47,4%), häufige Zwangseinweisungen (20,7%) und eine durchschnittliche Dauer von 6,5 Jahren zwischen erstem Kontakt zu einer Therapeutin und/oder einem Psychiater und der Diagnosestellung BPS. Aufgrund häufiger und langer Klinikaufenthalte schätzen Jerschke et al. die Kosten pro Jahr und Patient auf 24000 DM (bezogen auf die letzten beiden Jahre vor Aufnahme auf einer speziellen DBT-Station an der Universitätsklinik in Freiburg).

In der Mehrzahl sind Frauen betroffen (70-77%). Komorbid findet man häufig affektive Erkrankungen (81-100%), Angsterkrankungen (24-81%), Substanzmissbrauch (21-67%), Essstörungen (14%), (zusammenfassend Jerschke et al., 1998 und Grüttert, 2000; kritisch dazu Dulz, 2000)

Alleine schon diese Daten, die der Alltagserfahrung von TherapeutInnen entsprechen, ermutigen wenig. Es gibt typische Schwierigkeiten, die sich unmittelbar im therapeutischen Geschehen zeigen: Borderline-PatientInnen neigen dazu, ihre dysfunktionalen Beziehungsmuster auf das therapeutische Arbeitsbündnis auszudehnen. In der psychoanalytischen Literatur sind solche Muster als Idealisierung/Entwertung, Spaltung, Projektion und projektive Identifizierung oft und detailliert beschrieben worden (Kernberg, 1983). Dazu kommt eine allgemeine Stimmungslage von Depressivität, Aggressivität, Mißtrauen und Unberechenbarkeit, die viele PatientInnen in die Therapiesitzungen mitbringen. Bedenkt man noch, dass die PatientInnen mehrheitlich schwere Traumata erlitten haben, die früher oder später in der Therapie thematisch werden, so ist nachvollziehbar, dass manche TherapeutInnen die Behandlung dieser PatientInnen ganz ablehnen, sich nur wenige dieser PatientInnen 'zumuten' oder mehr oder weniger bewußt zu den Therapieabbrüchen beitragen. Borderline-PatientInnen haben unter TherapeutInnen ein schlechtes Image, die Diagnose kann zu einem neuen stigmatisierenden Etikett werden. Bohus et al. (2000a) nennen als weitere Schwierigkeiten auf der TherapeutInnenseite eine Tendenz, dysfunktionale Handlungsmuster von PatientInnen mit BPS zu katastrophisieren. Andererseits werde die subjektive Not der Betroffenen häufig unterschätzt.

Hinter dem Etikett 'Borderliner' droht nicht nur die Vielfalt der Symptomkonstellationen und Persönlichkeiten zu verschwinden, sondern es verstellt auch den Blick für manche ermutigenden und bereichernden Eigenschaften der PatientInnen wie Offenheit, Spontaneität, Leidenschaft in Beziehungen, ausgeprägten Gerechtigkeitssinn und ein gutes Gespür für zwischenmenschliche Prozesse, auch wenn diese nicht differenziert gehandhabt werden können.

Entstehungsmodell von BPS im Rahmen der DBT

Der DBT liegt ein Diathese-Stress-Modell zu grunde, das die Borderline Persönlichkeits-Störung durch ein Zusammenwirken früher Traumatisierung, Vernachlässigung und einer neurobiologischen Disposition erklärt. Tatsächlich findet man bei PatientInnen mit der Diagnose BPS in über 70% der Fälle frühe Erfahrungen von Missbrauch und/oder Vernachlässigung und Hinweise auf eine Häufung neurologischer Erkrankungen und eventueller Schädigungen vor und

nach der Geburt sowie im Kindes- und Jugendalter (zusammenfassend Bohus et al., 2000b). Durch das Zusammenwirken eben beschriebener Faktoren kommt es nach Ansicht von Linehan zu einer Störung der Affektmodulation dahingehend, dass ein hypersensitives Nervensystem schon bei geringfügigen emotionalen Stimuli mit einem starken Erregungsanstieg reagiert. Emotionen werden häufig nicht differenziert wahrgenommen, sondern als diffus erlebt. Die psychophysiologische Spannung baut sich dann nur sehr langsam ab, kann im Extremfall über Stunden anhalten, was von den Betroffenen wiederum als äußerst aversiv erlebt wird. Um diese Spannung zu reduzieren, greifen die Betroffenen - quasi als dysfunktionale Bewältigungsstrategie - zu selbstverletzendem Verhalten, Suizidversuchen oder Dissoziationen. Das dysfunktionale Verhalten wird so negativ verstärkt. Es gibt eine kleine Gruppe von PatientInnen, die ihre Selbstverletzungen als 'Kicks' erlebt, wodurch ihr dysfunktionales Verhalten positiv verstärkt wird (Bohus et al., 2000).

Dialektisch-behaviorale Therapie von Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Bei der dialektisch-behavioralen Therapie von Borderline-Persönlichkeitsstörungen (DBT) handelt es sich um eine Therapieform, die seit mehr als 10 Jahren von Linehan auf der Basis der Verhaltenstherapie entwickelt wird. Linehan hat vor allem mit suizidalen PatientInnen gearbeitet. In ihrem Manual ergänzt sie die kognitive Verhaltenstherapie um Elemente aus humanistischen Therapieverfahren, Hypnotherapie und im besonderen aus dem Zen. Im deutschen Sprachraum wird die DBT vor allem von der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychosomatik Freiburg vertreten.

DBT wurde als ambulante Therapieform entwickelt und besteht im wesentlichen aus den vier Therapiebausteinen Einzeltherapie, Fertigkeitentraining in der Gruppe, Telefonkontakt im Notfall und regelmäßige Intervention der TherapeutInnen.

Einzeltherapie

In der Einzeltherapie werden die Problembereiche hierarchisch im Sinne der Dringlichkeit geordnet. An oberster Stelle stehen suizidales und parasuizidales Verhalten, gefolgt von therapiegefährdendem Verhalten, Beeinträchtigungen der Lebensqualität und der Verbesserung von Verhaltensfertigkeiten. Die Problemfelder werden in dieser Reihenfolge bearbeitet. Wenn notwendig, wird sofort wieder auf eine höhere Ebene zurück gegangen.

Der Einzeltherapeut versucht eine Balance zwischen Validierungs- (Verstehen und Wertschätzen des Problems) und Veränderungsstrategien zu finden ('dialektische Strategie', Linehan, 1996c; aus psychoanalytischer Sicht Lohmer et al., 1996). Hierfür werden Interventionen aus der kognitiven Verhaltenstherapie, der Hypnotherapie, humanistischen Therapien und dem Zen eingesetzt. Grundlage ist eine tragfähige therapeutische Beziehung.

Die PatientInnen führen eine Tagebuchkarte, in die Medikamenteneinnahme, Spannungszustände, Drogenkonsum und dysfunktionale Verhaltensweisen einzutragen sind.

Durch Verhaltensanalysen sollen die Betroffenen Einsicht in den Spannungsaufbau erhalten und lernen, das im Fertigkeitentraining Gelernte in Handlungspläne einzubauen. Nach selbstverletzendem Verhalten oder Suizidversuchen werden die PatientInnen gebeten, solche Analysen selbst anzufertigen.

Voraussetzung für die eventuelle Bearbeitung eines Traumas in einem zweiten Therapieabschnitt ist, dass die PatientInnen gelernt haben, emotionale Krisen, Spannungszustände und Dissoziationen selbst durch die gelernten Fertigkeiten zu regulieren. Die Traumabearbeitung erfolgt durch Techniken aus der kognitiven Verhaltenstherapie und durch Expositionsstrategien.

Fertigkeitentraining in der Gruppe

“Das Fertigkeitentraining ist der Ton, aus dem die Einzeltherapeutin und Patientin eine Figur modellieren können” (Linehan, 1996a). Damit ist gemeint, dass die in der Gruppe gelernten Fertigkeiten in der Einzeltherapie in die erarbeiteten Verhaltensanalysen und Handlungspläne eingebaut und zu einem sinnvollen Ganzen verbunden werden.

Die Gruppe wird von zwei TherapeutInnen geleitet. Das Fertigkeitentraining hat Workshop-Charakter, Gruppendynamik wird nur soweit wie notwendig thematisiert. Der Schwerpunkt liegt auf dem Lehren von Fertigkeiten. Interaktionelle Probleme werden ‘DBT-mäßig’ durch das Anwenden von Fertigkeiten gelöst. Kritik und Anregungen seitens der TeilnehmerInnen sind ausdrücklich erwünscht, eine experimentell-partnerschaftliche Atmosphäre soll entstehen.

Das Fertigkeitentraining findet in unserem Setting wöchentlich statt (90 Minuten) und besteht aus den vier Modulen Innere Achtsamkeit, Umgang mit Gefühlen, Stresstoleranz und Zwischenmenschliche Fertigkeiten, die bei uns jeweils etwa 12 Sitzungen in Anspruch nehmen.

Im Modul ‘Innere Achtsamkeit’ lernen die PatientInnen die Fertigkeiten Wahrnehmen, Beschreiben, Teilnehmen sowie ein nicht bewertendes, konzentriertes und wirkungsvolles Denken und Handeln. Hier sind unschwer die Zeneinflüsse zu entdecken. Ziel ist, Bewußtheit im Alltag zu erreichen und mehr Steuerungsmöglichkeiten über sich selbst zu bekommen. Teilnahme und Distanz, Gefühl und Verstand sollen miteinander in Einklang gebracht werden. Hier wird deutlich, dass es sich um Ziele handelt, die nicht nur Borderline-PatientInnen ein Leben lang beschäftigen können.

Im Modul ‘Zwischenmenschliche Fertigkeiten’ werden die Basisfertigkeiten Orientierung auf ein Ziel, Orientierung auf die Selbstachtung und Orientierung auf die Beziehung vermittelt. Faktoren, die die soziale Kompetenz beeinträchtigen und solche, die sie fördern, werden identifiziert.

Förderliche Selbstaussagen werden erarbeitet. Ziel ist, dass PatientInnen auf eigenen Wünschen, Zielen und Meinungen bestehen können und dabei sowohl von anderen Menschen respektiert werden, als auch die eigene Selbstachtung aufrechterhalten.

Im Programmteil 'Umgang mit Gefühlen' wird vermittelt, dass Gefühle (auch solche, die als unangenehm erlebt werden) eine Funktion und eine Bedeutung haben. Fertigkeiten wie: Beobachten, Beschreiben und Verstehen von Gefühlen, Verwundbarkeit verringern, Schritte in Richtung angenehmer Gefühle tun, emotionales Leiden loslassen und dem Gefühl entgegengesetzt handeln werden besprochen und geübt. Ziel ist, Gefühle in ihren Bedeutungen und Auswirkungen verstehen und akzeptieren zu lernen. Das Vertrauen in die eigene Gefühlswelt soll erhöht werden.

Im Programmpunkt 'Stresstoleranz' lernen die PatientInnen, Krisen auszuhalten und Spannung zu reduzieren durch Techniken wie: sich durch starke sensorische Reize ablenken (z.B. Eiswürfel), durch verschiedene Techniken 'den Augenblick verbessern', 'Pro und Contra' (welche Argumente sprechen für selbstverletzendes Verhalten, welche dagegen), Akzeptieren der Realität, Atemübungen, 'leichtes Lächeln' und Achtsamkeitsübungen. Ein weiteres Ziel ist, zu lernen, unangenehme Ereignisse und Gefühle zu ertragen, wenn sich die Situation nicht verändern lässt.

Die PatientInnen werden angeleitet, sich einen individuellen Notfallkoffer einzurichten, in dem wichtige Utensilien für Stresstoleranz-Fertigkeiten aufbewahrt werden. Kärtchen, auf denen die hilfreichsten Fertigkeiten eingetragen sind, sollten die PatientInnen bei sich tragen. Die PatientInnen erhalten außerdem Formulare, auf denen die gelernten Fertigkeiten eingetragen sind und protokollieren, welche Fertigkeiten sie mit welchem Erfolg geübt haben.

Wenn die PatientInnen vier mal hintereinander fehlen bzw. die Hälfte der Sitzungen in drei Monaten versäumen, werden sie von der Therapie ausgeschlossen.

Telefonkontakt

PatientInnen können in suizidalen Krisen oder bevor sie sich selbst verletzen, ihre TherapeutInnen anrufen. Die telefonische Erreichbarkeit muß mit den TherapeutInnen vorher geklärt werden und richtet sich auch nach den Grenzen der TherapeutInnen. Die Telefongespräche sollen nach bestimmten Regeln ablaufen. Die Patientin berichtet, warum sie sich in einer Krise befindet und welche Fertigkeiten sie bereits ausprobiert hat. Beide besprechen Fertigkeiten, die die Patientin dann einsetzen soll. Dazu ist es hilfreich, wenn die Patientin gelernte Fertigkeiten benennen kann.

Verletzt sich die Patientin selbst oder begeht sie einen Suizidversuch, sollte dies nicht durch vermehrte Zuwendung verstärkt werden, was nicht leicht zu realisieren ist. Ziel ist, dass die PatientInnen im nachhinein Verhaltensanalysen dieser Situationen anfertigen.

Intervision

Die Einzel- und die GruppenTherapeutInnen sollen sich regelmäßig treffen, um sich über die gemeinsamen PatientInnen auszutauschen und sich gegenseitig zu beraten.

Wirksamkeit von DBT

Bisherige Untersuchungen zeigen, dass DBT bezüglich der Hospitalisierungsanzahl- und -dauer, der Anzahl parasuizidaler Handlungen, der Abnahme von Ärger und des Ausbaus sozialer und beruflicher Integration Standardtherapien überlegen ist (zusammenfassend Linehan et al. 1991, Bohus et al. 1996). Die Überlegenheit bzgl. der sozialen und beruflichen Integration sowie der Hospitalisierungsdauer war auch ein Jahr nach Abschluß der Therapie noch nachweisbar (zusammenfassend Bohus et al. 1996; Linehan et al. 1993; kritisch dazu Dammann et al., 2000).

Entstehung des DBT-Netzwerks in Darmstadt

1996 weckte eine Ausschreibung einer Fortbildung zur dialektisch-behavioralen Therapie in Freiburg das Interesse des Erstautors. Er fuhr nach Freiburg und berichtete mit einiger Begeisterung von diesem Workshop, was auch nötig war, denn zunächst waren wir nicht sehr interessiert, schon wieder etwas Neues zu lernen - noch dazu eine Therapie, deren Name zunächst Unmut und Skepsis hervorrief. Wir arbeiteten damals bereits in einer Praxisgemeinschaft zusammen. Zu dieser gehört eine psychiatrisch-neurologische Gemeinschaftspraxis, die schließlich nach weiterer Recherche gemeinsam mit dem Erstautor den Aufbau des DBT-Netzwerks in Angriff nahm. Ein Netz war wichtig, da aus konzeptuellen Gründen Einzel- und GruppentherapeutInnen nicht identisch sein sollten. Dadurch sollte gewährleistet werden, dass Krisenintervention, Problembewältigung und Fertigkeitentraining nicht nur räumlich, sondern auch personell getrennt waren.

Wir waren nun zu viert und hatten alle schon mindestens 10 Jahre ambulant mit Borderline-PatientInnen gearbeitet. Neben inhaltlichen Aspekten leuchteten uns vor allem die Vorteile eines zusätzlichen Fertigkeitentrainings und einer gezielten Kooperation mit anderen TherapeutInnen ein. Wir entschlossen uns, ein größeres Netzwerk von etwa 10 TherapeutInnen aufzubauen und wendeten uns mit diesem Konzept an andere KollegInnen, mit denen wir schon länger zusammenarbeiteten und die wir aus persönlichen wie professionellen Gründen schätzten. Formale Voraussetzungen waren eine Kassenzulassung und mehrjährige Erfahrungen in der ambulanten Arbeit mit Borderline-PatientInnen. Die Resonanz war positiver als erwartet, und wir hatten bald eine Arbeitsgruppe aus 11 TherapeutInnen zusammen. Aus dieser Gruppe ist bis heute eine Therapeutin ausgeschieden, so dass unser Netzwerk aktuell aus 10 TherapeutInnen besteht.

Wir sind 7 Frauen und 3 Männer, 4 PsychiaterInnen/NervenärztInnen, 6 PsychologInnen. Die ÄrztInnen sind als tiefenpsychologische TherapeutInnen zugelassen, die PsychologInnen als

VerhaltenstherapeutInnen. Wir haben oben die Gründe zusammengestellt, warum Therapien mit BPS-PatientInnen häufig so unbefriedigend verlaufen. Auf diese grundsätzlichen Schwierigkeiten führen wir auch zurück, dass sich so leicht eine stabile TherapeutInnengruppe gefunden hat, obwohl nicht einmal eine ausreichende Finanzierung für die zusätzliche Gruppentherapie in Aussicht stand. Offensichtlich gab es zumindest in unserem Umfeld ein starkes TherapeutInnen-Interesse an Austausch, wechselseitiger Unterstützung und neuen effektiven Methoden auf dem Gebiet der Borderline-Therapie. Zunächst galt es, die Ausbildung zu organisieren. Sie hat im wesentlichen bei uns in Darmstadt stattgefunden. Zunächst haben M. Bohus, dann kontinuierlich Friederike Bruns (beide von M. Linehan autorisierte Lehrtherapeuten) Workshops bei uns abgehalten, z.T. sind wir auch nach Freiburg gefahren. Die Ausbildung in einer geschlossenen TherapeutInnengruppe hatte neben praktischen auch gruppenspezifische Vorteile.

Das Darmstädter Setting

Im Februar 1998 haben wir mit der ersten Fertigkeitengruppe begonnen, nach und nach sind weitere gefolgt, die fünfte hat im Oktober 2000 begonnen. Jede Gruppe besteht aus acht PatientInnen und zwei TherapeutInnen. Die Gruppen sind halboffen, d.h. zu jedem Modulbeginn (etwa vierteljährlich) können neue PatientInnen aufgenommen werden. Das Fertigkeitentraining dauert 2 Jahre, kann ausnahmsweise (bei raschem Erfolg) auf 1 Jahr verkürzt werden. Die Dauer der Einzeltherapie ist vom Einzelfall abhängig, wird wohl in der Regel 3 Jahre nicht unterschreiten. Die Kombination von Einzel- und Gruppentherapie ist obligatorisch, die PatientInnen müssen an beidem teilnehmen. Die Einzeltherapie ist nur bei TherapeutInnen möglich, die zum Netzwerk gehören. Dadurch ist ein ausreichender Ausbildungsstand der TherapeutInnen sowie ein regelmäßiger Austausch zwischen Gruppen- und EinzeltherapeutInnen gesichert. Vierwöchentlich findet eine Intervision statt, in dem über aktuell besonders schwierige therapeutische Situationen gesprochen wird, Einzel- und Gruppentherapie koordiniert werden, aber auch organisatorische Probleme besprochen werden. Darüber hinaus finden weiterhin mehrmals im Jahr ganztägige Supervisionen statt. Alle Gruppensitzungen werden per Video aufgezeichnet und werden je nach Bedarf und Kapazität Friederike Bruns zugesandt und von ihr kritisch kommentiert. Wir schauen uns bisweilen auch Ausschnitte dieser Bänder während der monatlichen Intervisionen oder der ganztägigen Supervisionen an.

Wie gelangen PatientInnen in das Netzwerk?

Nachdem sich eine Patientin an eine Therapeutin in unserem Netzwerk gewandt hat, wird sie zu einem Erstgespräch eingeladen, in dem die Diagnose anhand der DSM-IV Kriterien gestellt oder überprüft wird. Gegebenenfalls sind mehrere Sitzungen notwendig. Ist die Diagnose mit der Patientin besprochen, ist sie über DBT und über unser Projekt aufgeklärt, zu dieser Behandlung motiviert und willigt sie in die Behandlungsmodalitäten sowie die Evaluation ein, sucht die Therapeutin einen Gruppen- und/oder einen Einzeltherapieplatz für sie.

Finanzierung

Mit Beginn der praktischen Arbeit haben wir uns um eine ausreichende Finanzierung dieser Arbeit bemüht. Die Schwierigkeiten liegen in der Parallelförderung von Einzel- und Gruppentherapie bei verschiedenen TherapeutInnen (davon allein zwei GruppentherapeutInnen), sowie in der Stundenanzahl (in den Richtlinienverfahren in der Regel zu gering). Nach langen Verhandlungen auf verschiedenen Ebenen ergab sich, dass eine pauschale Projektfinanzierung (z.B. 40 Therapien) ebensowenig zu erreichen war wie eine Anerkennung der DBT als besonderer Therapieform. Dennoch fanden wir bei den zuständigen EntscheidungsträgerInnen (Krankenkassen und deren Medizinischem Dienst -MDK-) soviel Innovationsbereitschaft und Verständnis für den therapeutischen Sinn und ökonomischen Nutzen des Projekts, dass eine Lösung zustande kam. Die wichtigsten Krankenkassen in unserem Einzugsbereich sind danach im Einzelfall bereit, nach positiver Begutachtung speziell konzipierter Anträge durch den MDK die Therapie im notwendigen Umfang zu finanzieren. Diese Bereitschaft der Krankenkassen ist mit einer Verpflichtung unsererseits zu einer Evaluation verbunden. Eine solche Evaluation hatten wir von vornherein angeboten, weil wir sie ohnehin aus eigenem Interesse eingeplant hatten. Nachdem es zunächst so aussah als ob wir diese Evaluation selbst übernehmen müssten, haben wir eine Kooperation mit dem psychologischen Institut der TU Darmstadt etablieren können. Dies bringt uns neben einer gewissen Entlastung eine wesentlich höhere Kompetenz und außerdem die notwendige Neutralität. Auf diese Weise ist natürlich der Umfang der Evaluation gewachsen und damit auch wieder der Dokumentationsaufwand für uns.

Installationsprobleme

Niedergelassene PsychotherapeutInnen sind in der Regel Einzelkämpfer und lassen sich nur dann in die Karten schauen, wenn Supervisionsbedingungen gewährleistet sind, also eine gewisse Distanz und Anonymität. Gemeinsame Ausbildung und Supervision, zumal qua Videoaufnahmen, unter real kooperierenden Kollegen sind nicht selbstverständlich. Auch wir hatten die eine oder andere emotionale Hürde zu überwinden, aber erstaunlicherweise gab es in dieser Hinsicht keine gravierenden Probleme, insbesondere keine Konkurrenzsituationen zwischen den beteiligten Berufsgruppen (ÄrztInnen/PsychologInnen) oder den unterschiedlichen therapeutischen Traditionen. Die Installation des Projekts lief recht unproblematisch, vermutlich aufgrund der guten persönlichen Beziehungen und den bereits etablierten Kooperationen innerhalb der TherapeutInnengruppe. Dabei spielt wahrscheinlich auch der 'Geist' der DBT eine Rolle, der nicht nur die PatientInnen, sondern auch die TherapeutInnen mit viel Validierung heimsucht. Außerdem verlangte das Projekt allen Beteiligten einen gewissen Idealismus ab, der sich wiederum positiv in wechselseitiger Akzeptanz auszahlt. Niemand nimmt an diesem Projekt teil, nur weil er sich einen unmittelbaren Vorteil davon verspricht. Das schafft Kohärenz und Orientierung auf die Sache und verträgt sich nicht mit Rivalität, Fraktionsbildungen usw.

Andererseits bringt die eher idealistische Fundierung des Projekts Motivationsprobleme mit sich, vor allem bzgl. ohnehin unattraktiver Aspekte des Projekts wie Organisation, Dokumentationsaufwand, Supervision, Intervision und sonstiger zusätzlicher Termine. Die PatientInnen stellen unterschiedliche Anforderungen an ihre TherapeutInnen, die Arbeitskapazitäten der TherapeutInnen sind uneinheitlich und auch der Umgang mit Borderline-PatientInnen selbst wird von den TherapeutInnen sehr unterschiedlich erlebt. Daraus ergibt sich, dass manche TherapeutInnen sich bereits mit 2-3 Einzeltherapien mit diesen PatientInnen ausgelastet fühlen, andere erst mit 5-6, dass manche großzügig telefonisch zur Verfügung stehen, andere diesbezüglich sehr vorsichtig sind. Und natürlich differieren die therapeutischen Stile erheblich. Möglich, dass wir diese Unterschiede im Laufe der Zeit durch Intervision und Evaluation besser durchschauen und ihre Bedeutung besser einschätzen können. Auf Dauer werden wir unsere Erfahrungen auch auf einer konzeptuell-theoretischen Ebene intensiver diskutieren müssen. Das Konzept der DBT zeigt sich aber vorläufig als ausreichend verbindlich und ausreichend flexibel für ein tragfähiges Arbeitsbündnis eines pluralistischen Teams.

Ein unvorhergesehenes Problem war, dass sich im ambulanten Setting die Einzeltherapie als 'Flaschenhals' herauskristallisiert. Die Einzeltherapie dauert in der Regel länger als die Gruppentherapie. Die TherapeutInnen blockieren sich so für weitere PatientInnen. Wir versuchen derzeit ein günstiges Verhältnis Gruppenplätze/Einzeltherapieplätze zu finden. Es wird notwendig sein, noch einige EinzeltherapeutInnen in unser Netzwerk aufzunehmen, Die Anzahl der Gruppenplätze (40) wollen wir nicht erhöhen, auf Dauer scheint uns der Umfang für unser Einzugsgebiet angemessen und eine weitere Vergrößerung würde das gesamte Netzwerk zu unübersichtlich machen. Es hat in diesem Jahr eine neue Ausbildungsgruppe bei uns begonnen. Die Ausbildung liegt inhaltlich wiederum in den Händen des Freiburger Ausbildungsinstituts, organisiert wird sie von uns in Darmstadt. Zu dieser Ausbildungsgruppe gehören nun neben weiteren EinzeltherapeutInnen mehrheitlich Klinikmitarbeiter aus drei umliegenden psychiatrischen Kliniken, mit denen wir kooperieren.

Inhaltliche Probleme

Die Stärke des Programms, unterschiedliche therapeutische Strategien zu integrieren, ist im Detail und in der Durchführung auch eine Schwäche. Da eine Hintergrundtheorie aus einem Guß fehlt, bleiben viele Fragen offen und/oder uneindeutig beantwortet.

Das Programm ist im amerikanischen Sprachraum entwickelt. Dort ist es üblich, dass die GruppentherapeutInnen vor der Gruppe sitzen und einen direktiven Stil pflegen, mit viel 'input' seitens der TherapeutInnen. In der Mitte stehende Tische betonen den Seminarcharakter Dieser Stil ist sowohl für uns TherapeutInnen als auch für die PatientInnen, die teilweise über beträchtliche Therapieerfahrung verfügen, gewöhnungsbedürftig. Es gibt ein hohes Mitteilungsbedürfnis der PatientInnen, das diesem Therapiestil zuwiderläuft und das im Fertigkeitentraining immer wieder frustriert werden muß, was für alle Beteiligten nicht leicht ist. Dadurch wird aber ein übermäßiger und dann lähmender Austausch von Leid und Elend

zugunsten einer lösungsorientierten Arbeit vermieden. Im deutschen Sprachraum pflegt man bekanntlich eher einen interaktiven Stil mit Diskussionen. Hier gilt es, einen eigenen Weg zu finden.

Das Programm ist mit einer großen Menge von Arbeitsblättern sehr theorielastig. Im deutschen Sprachraum sind wir es in Trainingsgruppen zur sozialen Kompetenz eher gewohnt, mit Rollenspielen zu arbeiten. Die Frage ist auch hier, ob PatientInnen mit einer BPS gerade von dieser Theorielastigkeit profitieren, da sie durch die damit verbundene Versachlichung der Gruppenatmosphäre entlastet werden und leichter Orientierungen für ihr emotionales und soziales Handeln aufbauen können, oder ob die Gruppensitzungen zur Stabilisierung und Generalisierung der Fertigkeiten stärker mit Übungen und Rollenspielen angereichert werden sollten. Die Wahrheit liegt möglicherweise in der Mitte.

Damit eng verbunden ist die Frage, ob potentielle Teilnehmer für ein erfolgreiches Durchlaufen des Programms eine höhere intellektuelle Leistungsfähigkeit mitbringen müssen als für eine herkömmliche Therapie. Wir vermuten, dass es so ist.

Sehr aversiv für die PatientInnen - und durch das ständige Nachfragen auch für die TherapeutInnen - ist das Üben von Fertigkeiten außerhalb der Gruppensitzungen. Die PatientInnen haben große Probleme, diese Übungen alleine durchzuführen. Aus unserer Sicht ist regelmäßiges Üben für die Stabilisierung der Fertigkeiten allerdings unentbehrlich.

Offen ist auch, ob alle PatientInnen mit BPS gleichermaßen von DBT profitieren oder ob es Subpopulationen gibt, für die DBT nicht geeignet ist bzw. die sich gar nicht erst auf diese Therapieform einlassen. Umgekehrt ist natürlich zu fragen, ob es PatientInnen mit anderen Krankheitsbildern gibt, die ebenfalls von DBT profitieren. Wir denken hier vor allem an andere Persönlichkeitsstörungen oder z.B. die primäre oder sekundäre Prävention psychotischer Erkrankungen.

Evaluative Begleitforschung

Heutzutage wird an jede Therapie ein hoher Anspruch bezüglich Qualitätssicherung der Dienstleistung gestellt (Laireiter, 2000). Ein empirischer Wirksamkeitsnachweis der Therapiemethode (meist an universitären Zentren) ist hierbei Vorbedingung ihrer fachgerechten Anwendung. Weitere Evaluationen können zeigen, ob eine Therapiemethode sich auch unter (den meist weniger idealen) Bedingungen ambulanter Praxen bewährt. Für einzelne TherapeutInnen ist das nicht nur aufwendig und zeitraubend, sondern auch wissenschaftlich schwierig bis unmöglich (Rollendiffusion Behandler-Bewerter). So betrachtet, stellt die Evaluation eines ambulanten DBT Netzwerks eine interessante Aufgabe klinisch-psychologischer Anwendungsforschung dar, die sich vom reinen Nutznachweis für Kostenträger abhebt. Von Anfang an war klar, dass das randomisierte Kontrollgruppendesign im Setting ambulanter Praxen nicht realisierbar war und für externe Blinddiagnosen das Geld fehlte. Dafür soll eine sehr detaillierte Dokumentation für

Vergleichbarkeit mit anderen Studien sorgen. Separate Erhebungen zu vielen Therapieelementen sollen der Überprüfung des Linehanschen Wirksamkeitsnachweises (Linehan et al., 1991) zur Seite stehen. Prozeßanalysen können später den TherapeutInnen Rückmeldungen über die Effizienz einzelner Therapiebausteine und somit Hinweise auf sinnvolle Veränderungen des Programmes liefern.

Die Etablierung der Begleitforschung erfolgte behutsam, denn beforscht zu werden ist für Niedergelassene wenig selbstverständlich. Eine negative Einstellung der TherapeutInnen zur Forschung überträgt sich leicht auf die Kooperationsbereitschaft der PatientInnen. Einschlusskriterium ist die DSM-IV Diagnose. Neben einer breiten Basisdokumentation erfolgt eine Zielerreichungsskalierung. Wöchentlich erstellen die TherapeutInnen Sitzungsprotokolle und die PatientInnen Wochenprotokolle. Zu jedem Modulbeginn füllen die PatientInnen eine ca. 40-minütige Fragebogenbatterie aus (Fragen zu Therapiemotivation (FMP), BPS-Symptomatik und -Befindlichkeit (FBBS), Depressivität (BDI, FBS), Ärgerausdruck (STAXI), Sozialer Unterstützung (SOZU) und Selbstwirksamkeit (AS)). Am jeweiligen Gruppenende, am Ende der Einzeltherapie und bei Abbruch soll zusätzlich ein halbstrukturiertes Abschlußgespräch mit einer neutralen Person erfolgen. Als Kontrollgruppe werden Borderline-PatientInnen einer psychiatrischen Institutsambulanz zu zwei Zeitpunkten untersucht. Die Datenerhebungen werden noch mehrere Jahre in Anspruch nehmen. Im folgenden sollen nur Charakteristika von PatientInnen und TherapeutInnen vorgestellt werden.

Beschreibung der TherapeutInnengruppe.

Die TherapeutInnen (N = 10) haben mit Mittelwert (M) = 47 Jahren, Standardabweichung (sd) = 4,6, eine gewisse Lebenserfahrung. Mit durchschnittlich 3,2 Therapieausbildungen und 18,6 Jahren Berufserfahrung, davon 11,5 Jahre in eigener Praxis (Minimum 7 J.), dürfen sie als routinierte TherapeutInnen gelten. Als weitere Behandlungsschwerpunkte wurden am häufigsten Ess- und Angststörungen genannt, daneben Psychosen und Persönlichkeitsstörungen. Die methodische Ausrichtung der eigenen Arbeit ist bei der einen Hälfte verhaltenstherapeutisch, bei der anderen tiefenpsychologisch, daneben wurden insbesondere Hypno- und Körpertherapie genannt. Die PsychologInnen sind ca 6 Jahre jünger als die ÄrztInnen und haben auch M = 6 Jahre weniger Berufserfahrung. Sie machen wöchentlich M = 24,3 Psychotherapie-Sitzungen, in den ärztlichen Praxen sind es hingegen nur M = 13 Sitzungen. Von diesen insgesamt M = 20,5 sind jeweils M = 4,5 DBT Sitzungen. Als für sich persönlich vertretbare Anzahl von DBT-Therapien wurde M = 4 angegeben. Jeder Therapeut hat ca. 2 weitere BPS-PatientInnen außerhalb des Netzwerkes in reiner Einzeltherapie. DBT-Skillsgruppen werden seit M = 20,5 Monaten angeleitet. Zu Beginn unserer Evaluation im Herbst 1999 waren viele TherapeutInnen hierin noch relative Anfänger. Beim intensiven Krisenmanagement der DBT entstehen Zusatzbelastungen: Die tägliche telefonische Erreichbarkeit betrug im Schnitt M = 11,6 Stunden (8-9 - 16-23 Uhr). Weibliche TherapeutInnen geben an, M = 2,4 solcher Anrufe pro Woche zu erhalten, die zu M = 1,5 Kriseninterventionen führen, bei den Männern sind es M = 0,9 Anrufe mit M = 0,6

Kriseninterventionen pro Woche. Dessen ungeachtet liegt der erlebte Streß durch DBT Einzelsitzungen für beide Geschlechter mit $M = 25$ (Skala 0 = wenig, 43 = sehr anstrengend) im Vergleich zu sonstigen Einzeltherapien nur ca 10% höher. Die stärker erlebte Krisenhaftigkeit wird nach Angaben mancher TherapeutInnen im DBT Setting motivational durch gegenseitige Unterstützung aufgefangen.

Beschreibung der PatientInnengruppe

Ins Darmstädter DBT-Netzwerk wurden bislang 61 PatientInnen aufgenommen, davon sind 41 zur Zeit im Programm. 5 PatientInnen haben ihre Therapie bereits regulär beendet, in 15 Fällen kam es hingegen zum Abbruch, davon sind 5 als 'early Dropouts' schon vor der fünften Sitzung wieder ausgeschieden. Von 43 PatientInnen liegen mittlerweile Evaluationsdaten vor. 12 PatientInnen waren bereits vor Beginn unserer Erhebung im Therapieprogramm, so dass nur die Basisdaten dieser PatientInnen im folgenden einbezogen werden.

Die Altersspanne der PatientInnen reicht von 20 bis 58 Jahren. Der Mittelwert (M) beträgt 35,2 Jahre. 81% sind Frauen. Bis auf eine Ausnahme ist die Muttersprache deutsch. 54% der PatientInnen sind ledig, 35% verheiratet, 11% getrennt oder geschieden. Etwas mehr als die Hälfte (52%) sind kinderlos, 17% haben ein Kind, 20% haben zwei und 11% drei Kinder. Alleine wohnen 42%, mit ihrem Partner zusammen 36%, bei Angehörigen leben 18%, nur eine Patientin lebt derzeit im Heim.

Die Schulbildung verteilt sich folgendermaßen: 25% der PatientInnen haben einen Hauptschulabschluß, 39% einen Realschulabschluß, 5% einen Fachoberschulabschluß, 28% Abitur. Nur eine Patientin besitzt einen Hochschulabschluß.

Zum sozialen Status: 35% der PatientInnen sind berufstätig, 19% arbeiten als Hausfrauen, 19% studieren, weitere 19% sind arbeitslos, 14% sind berentet oder haben die Rente beantragt, 9% sind krankgeschrieben, 4% sind Schüler oder Auszubildende. 52% der PatientInnen beziehen Unterhalt aus eigenem Einkommen, 13% aus eigenem und fremdem Einkommen und 35% aus fremdem Einkommen.

Zur Diagnose: Zum Therapiebeginn erfüllten 72% der PatientInnen sicher die Kriterien des DSM-IV für eine BPS, bei 28% bestand der Verdacht auf BPS. Die Störung wurde von den TherapeutInnen bei 40% der PatientInnen als schwer, bei 50% als mittel und bei 10% als leicht ausgeprägt eingeschätzt; sie besteht seit 2 bis 26 Jahren, im Mittel seit 10,8 Jahren.

Zu den einzelnen DSM-IV Diagnosekriterien:

Kriterium 6 (Affektive Instabilität) wird mit Abstand am häufigsten (91%) erfüllt, 2% der PatientInnen erfüllen es nicht.

Kriterium 7 (Chronisches Gefühl der Leere) wird bei 71% der PatientInnen berichtet, bei 10 % ist es nicht erfüllt.

Kriterium 5 (Suicidgedanken und -versuche, Selbstschädigung) wird von 71% der PatientInnen erfüllt, bei 17% nicht .

Kriterium 2 (intensive instabile Beziehungen) wird von 69% der PatientInnen erfüllt, 12% erfüllen es nicht.

Kriterium 1 (Trennungen verzweifelt vermeiden) wird von 69% der PatientInnen erfüllt, 17% erfüllen es nicht.

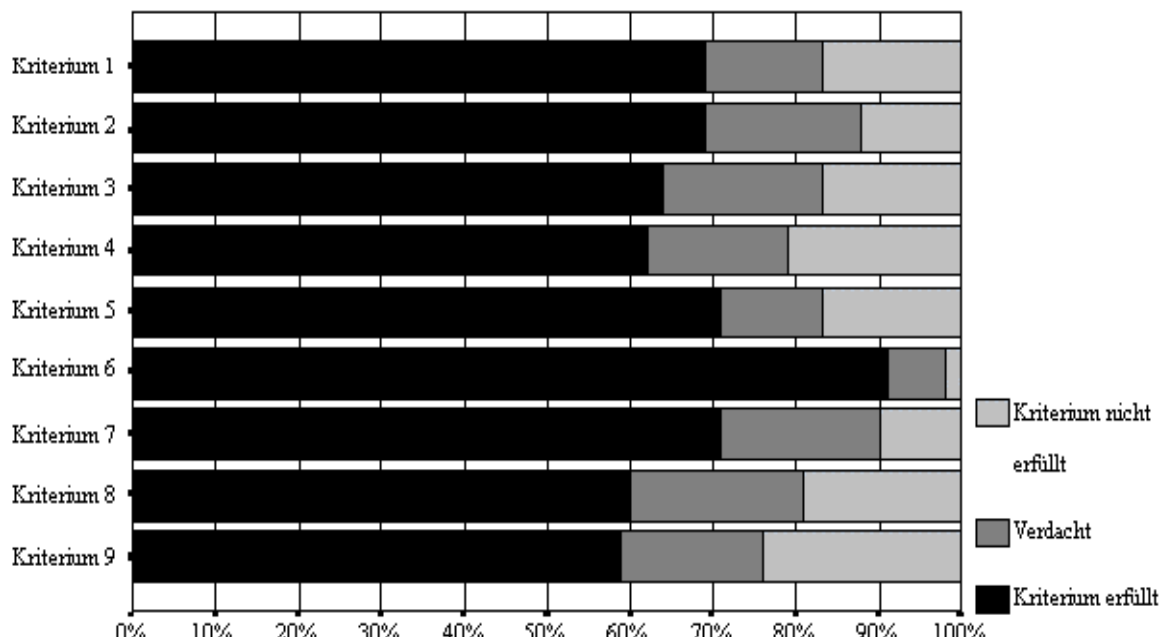
Kriterium 3 (Identitätsstörungen) erfüllen 64% der PatientInnen, 17% erfüllen es nicht.

Kriterium 4 (Impulsivität) wird von 62% der PatientInnen erfüllt, bei 17% besteht der Verdacht, 21% erfüllen es nicht.

Kriterium 8 (intensive Wut) wird von 60% der PatientInnen erfüllt, 19% erfüllen es nicht.

Kriterium 9 (schwere dissoziative Symptome oder paranoide Vorstellungen) wird von 59% erfüllt, 24% erfüllen es nicht.

Abb.1: Relative Häufigkeiten der einzelnen DSM-IV-Diagnosekriterien für Borderline-Störung in der Patientengruppe



Für 31 PatientInnen, die derzeit im Programm sind und von der Evaluation voll erfaßt werden, wurden die nun folgenden ausführlicheren Auswertungen vorgenommen:

Als Nebendiagnose kommt am häufigsten – in 67% der Fälle - eine affektive Störung hinzu (aktuell 13%, in Lebenszeit 28% und beides 26% der PatientInnen; überwiegend Depressionen, z.T. rezidivierend).

47% der PatientInnen haben eine Essstörung, in 16% der Fälle besteht sie aktuell, bei 18% in Lebenszeit, bei 13% sowohl als auch. Bulimie, Anorexie und Adipositas sind in etwa gleich stark vertreten.

Substanzmißbrauch kommt bei 43% der PatientInnen hinzu (davon 76 %Alkohol), bei 5% aktuell, bei 24% in Lebenszeit und bei 14% aktuell und in Lebenszeit .

Angststörungen (vor allem Panikstörungen, aber auch generalisierte Angststörungen) sind bei 37% der PatientInnen vorhanden, aktuell bei 13%, in Lebenszeit bei 8%, sowohl als auch bei 13%.

Eine psychotische Symptomatik in der Vorgeschichte fand sich bei 18% der PatientInnen.

Bei 11% der PatientInnen wurde eine weitere Persönlichkeitsstörung diagnostiziert (zumeist dependente Persönlichkeitsstörung).

Zu kritischen Lebensereignissen in der Vergangenheit wird in 36% der Fälle von sexuellem Mißbrauch in der Kindheit berichtet, 15% der PatientInnen wurden nach Eintritt der sexuellen Reife Opfer einer Vergewaltigung. Bei 33% fanden sich Vernachlässigung, Verwahrlosung oder Gewalterfahrungen, bei 37% frühe Trennungen oder häufige Umzüge. Auch der Tod naher Angehöriger spielt in 24% der Fälle eine Rolle.

Der Wert im GAF (deutsch: Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus, Werte zwischen 0 und 100) der PatientInnen lag zwischen 20 und 85, im Mittel bei 49,5.

78% der PatientInnen verletzen sich selbst, 6% in früheren Zeiten, 34% ab und zu, 31% häufig und regelmäßig und 7% phasenweise. Häufigste Art der Selbstverletzung ist Schneiden.

Bei 58% der PatientInnen gab es keinen Suizidversuch in der Vorgeschichte, bei 10% einen, bei 10% zwei, bei 3% drei, bei 3% vier, bei 10% fünf, bei 6,5% mehr als fünf.

Stationäre Aufenthalte und vorherige Behandlungen: Die Anzahl der bisherigen stationären psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungen wurde zwischen 0 (16% der PatientInnen ohne) und 20 mit einem Mittelwert von 3,6 angegeben. Im Mittel aller PatientInnen wurden 25,2 Wochen in stationären Einrichtungen verbracht, maximal 96 Wochen.

Ambulant psychotherapeutisch vorbehandelt sind 60% der PatientInnen, davon mehr als die Hälfte mit 2-3 Therapieversuchen.

Psychopharmaka: 43% der PatientInnen erhalten aktuell keine Psychopharmaka. 10% nehmen ein Antidepressivum, 12% ein Neuroleptikum, 9% Tranquilizer, 7% eine Kombination aus Antidepressivum und Neuroleptikum, 6% ein Neuroleptikum und Tranquilizer, 6% ein Antidepressivum und Tranquilizer und 5% eine Kombination von Antidepressivum, Neuroleptikum und Tranquilizer.

Ausblick

Auf einige typische Schwierigkeiten, die uns bisher bei der Umsetzung des DBT-Konzepts begegnet sind, sind wir bereits oben eingegangen. Grundsätzlich erscheint uns die DBT vielversprechend. Warum?

1. Die DBT stärkt von Anfang an die Selbstverantwortung der PatientInnen. Sie wertet die PatientInnen sowohl durch ihren Therapie-Stil als auch durch das Setting selbst, in dem Teamarbeit im Vordergrund steht, auf. Das Beziehungsangebot zielt auf Kooperation und gemeinsame Problemlösung.

2. Die Probleme der PatientInnen werden als Zuspitzungen von Lebensschwierigkeiten angesehen, die alle Menschen, auch die Therapeuten, zu bewältigen haben und bei deren Bewältigung wir alle Fehler machen und immer wieder scheitern. Dies gilt auch für die therapeutische Arbeit selbst, in der die Therapeuten offen mit Fehlern und Meinungsverschiedenheiten umgehen sollten. Dies entlastet uns.

3. Das Fertigkeitentraining liefert die Möglichkeit, rasch neue Interaktionserfahrungen zu machen und sofort mit Übungen und Veränderungen zu beginnen.

4. Wir haben den Eindruck, daß die PatientInnen ihre Probleme in den Inhalten der DBT wiederfinden. Die DBT setzt mit ihren Fertigkeiten da an, wo die PatientInnen stehen. Als problematisch zeigt sich die Bereitschaft der PatientInnen, die Fertigkeiten auch außerhalb der Therapiesitzungen ausreichend zu üben.

5. Die Therapie liefert PatientInnen wie TherapeutInnen eine Art Reiseroute, auf die sie auch bei Abwegen immer wieder zurückkehren können und die die zurückgelegte Strecke sichtbar werden läßt. Die Ziele sind stärker als üblich festgelegt und hierarchisiert - genauso wie der für die Therapie vorgesehene Zeitrahmen.

6. Die haltgebende Strukturiertheit der DBT wird personell durch das Gesamtteam, das die einzelne TherapeutIn immer wieder unterstützt, repräsentiert und umgesetzt. Jede PatientIn hat drei TherapeutInnen und jede TherapeutIn zwei unmittelbare Kotherapeuten. Dies mildert destruktive Konflikte in den therapeutischen Beziehungen.

7. Die Therapie wird nicht mehr durch das bei BPS-PatientInnen häufig unvermeidbare Pendeln zwischen Kriseninterventionen und der Arbeit an langfristigen therapeutischen Themen zerstückelt. Der Focus liegt zunächst eindeutig auf dem Abbau destruktiver Verhaltensweisen und auf Streßbewältigung. Es werden natürlich auch andere Probleme aufgegriffen, aber nur soweit notwendig und einigermaßen unkompliziert. Erst wenn die PatientInnen ausreichend stabil sind, werden Themen, die Konfrontation beinhalten und selbst Streßfaktoren darstellen, angegangen.

8. DBT ermöglicht nicht nur eine sinnvolle Vernetzung mit niedergelassenen Kollegen, sondern auch mit stationären Einrichtungen.

Sicher gibt es weitere Faktoren, die wir zur Zeit noch nicht überblicken und die dazu beitragen, daß wir angesichts einer nach wie vor schwierigen Arbeit optimistisch gestimmt sind. Auch diese Therapieform der BPS ist langwierig und mühsam und es wird sich zeigen müssen, ob sie den PatientInnen dauerhaft helfen kann. Es wird auch die Frage zu beantworten sein, wie es den PatientInnen geht, wenn sie das intensiv stützende Setting der DBT verlassen haben. Wir werden also erst in einigen Jahren absehen und berichten können, ob unser derzeitiger Optimismus berechtigt war.

Literatur:

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders 4th ed.* Washington D.C: APA.
- Bohus, M. & Berger, M. (1996). Die dialektisch-behaviorale Psychotherapie nach M. Linehan. Ein neues Konzept zur Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Nervenarzt*, 67, 911-923.
- Bohus, M. & Unckel, C. (2000a). *Selbstschädigung. Krisenintervention bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen.* In Bronisch T., Bohus, M., Dose, M., Reddemann, L. & Unckel, C. (Hrsg.), *Kriseninterventionen bei Persönlichkeitsstörungen* (S. 68-116). Stuttgart: Peiffer bei Klett-Cotta.
- Bohus, M. & Wagner, A. W. (2000b). *Dialektisch-behaviorale Therapie früh traumatisierter Patientinnen mit Borderline-Störung.* In Egle, U.T., Hoffmann, S.O. & Joraschky, P. (Hrsg.), *Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung* (S. 405-432). Stuttgart: Schattauer.
- Brickenkamp, R. (1997). *Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests.* Göttingen: Hogrefe.
- Bronisch, T. (1997). Langzeitverläufe von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapie*, 1, 27-30.
- Bronisch T., Bohus, M., Dose, M., Reddemann, L. & Unckel, C. (2000). *Kriseninterventionen bei Persönlichkeitsstörungen.* Stuttgart: Peiffer bei Klett-Cotta.
- Dammann, G., Clarkin, J.F. & Kächele, H. (2000). *Psychotherapieforschung und Borderline-Störung: Resultate und Probleme.* In Kernberg. O.F., Dulz, B. & Sachsse U. (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (S.701-730). Stuttgart/ New York: Schattauer.
- Dulz, B. (2000). Der Formenkreis der Borderline-Störung: Versuch einer deskriptiven Systematik. In Kernberg. O.F., Dulz, B. & Sachsse U. (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (S.57-74). Stuttgart/ New York: Schattauer.
- Grütter, T. (2000). Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung. *Psycho*, 26, 328-336.
- Jerschke, S., Meixner, K., Richter, H., & Bohus, M. (1998). Zur Behandlungsgeschichte und Versorgungssituation von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Bundesrepublik Deutschland. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 12, 219-229.
- Kernberg, O.F. (1983). *Borderline-Störungen und pathologischer Narzismus.* Frankfurt/Main: Suhrkamp.

- Kernberg, O.F., Dulz, B. & Sachsse U. (2000). *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart/ New York: Schattauer.
- Laireiter, A.R. (2000). *Diagnostik in der Psychotherapie*. Wien: Springer.
- Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., Allmon, D. & Heard, H.L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M.M., Heard, H.L. & Armstrong, H.E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*, 50, 971-974.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M.M. (1996a). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeits-Störung*. München: CIP-Medien.
- Linehan, M.M. (1996b). *Trainingsmanual zur dialektisch-behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien. Original: (1993). *Skillstraining manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M.M. (1996c). *Validation and Psychotherapy*. In Bohart, A. & Greenberg, L.S. (Hrsg.), *Empathy and Psychotherapy: New directions to theory, Research, and Practice*. Washington DC: American Psychological Association.
- Lohmer, M. & Wernz C. (1996). Borderline-Persönlichkeitsstörung: Der DBT-Ansatz von M. Linehan - eine Bewertung aus psychoanalytischer Sicht. *Psychotherapeut*, 1, 44-46.
- Rothenhäusler, H.-B. (1999). Der Verlauf von Borderline-Störungen. *Fortschr Neurol. Psychiat*, 67, 200-217.
- Runeson, B. & Beskow, J. (1991). Borderline personality disorder in young Swedish suicides. *Journal of Nervous and Mental. Disease*, 179, 153-156.

Angaben zu den Autoren:

Dipl.-Psych. Hans Gunia, arbeitet seit 1988 als Klinischer Psychologe im PKH Philipppshospital. Seit 1993 Zulassung als Verhaltenstherapeut. Derzeitige Arbeits- und Interessenschwerpunkte: Psychoedukative Verfahren in der Behandlung von Psychosen und dialektisch-behaviorale Therapie bei BPS. Dozent in der Verhaltenstherapieausbildung und Tätigkeit als Supervisor (BDP u. IFT).

Dr.phil. Dipl.Soz. Michael Huppertz arbeitet als Arzt f. Psychiatrie/Psychotherapie in Darmstadt. Arbeitsschwerpunkte: Grenzgebiet Psychiatrie/Philosophie, Schizophrenie; Buchveröffentlichung: Schizophrene Krisen, Bern 2000

Dr. rer soc. Jürgen Friedrich ist wissenschaftlicher Assistent am Institut für Psychologie der TU Darmstadt, unterrichtet Psychodiagnostik und klinische Psychologie, forscht zu Emotionen und schwereren psychischen Störungen.

Cand.-Psych. Jil Ehrenthal ist Studentin für Psychologie an der TU Darmstadt. Sie fertigt ihre Diplomarbeit im Rahmen der Evaluation des Darmstädter DBT-Netzwerks an.

Anschriften der Autoren:

Hans Gunia

Dr. Michael Huppertz

Heidelberger Landstraße 171
64297 Darmstadt

Dr. Jürgen Friedrich

Jil Ehrenthal

TU Darmstadt
Institut für Psychologie
Hochschulstraße 1
64289 Darmstadt