

Die Vernetzung ambulanter DBT

Hans Gunia, Michael Huppertz

1. DBT jenseits von Therapie?	2
2. Borderline-Persönlichkeitsstörungen	3
3. Entstehungsmodell von BPS im Rahmen der DBT	5
4. Dialektisch-behaviorale Therapie von Borderline Persönlichkeitsstörungen	6
4. 1 Einzeltherapie.....	6
4. 2 Fertigkeitentraining in der Gruppe	7
4. 3 Telefonkontakt	8
4. 4 Intervision	9
4.5 Wirksamkeit von DBT	9
5. Das Darmstädter Projekt	9
6. Fortbildung und Öffentlichkeitsarbeit	10
7. Der Umgang mit der Diagnose „Borderline-Störung“	11
8. Die Haltung der DBT	13
8.1 Prinzipien im Umgang mit Borderline-Patientinnen	15
9. Supervision	18
10. Ausblick	19
Literatur:	19

1. DBT jenseits von Therapie?

In Workshops, aber auch in unserem Alltag, werden wir zunehmend von Sozialarbeitern und Sozialpädagogen, die in Heimen, in betreuten Einrichtungen oder in betreuten Wohngemeinschaften arbeiten, von Ergotherapeuten, von Suchtberatern, von Bewährungshelfern, Schuldnerberatern und amtlichen Betreuern gefragt, ob sie irgendwie von der DBT profitieren können oder ob es möglich ist, sich an ein DBT-Netzwerk anzuschließen? Alle diese Kollegen arbeiten in der einen oder anderen Formen mit Menschen, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden und allen ist gemeinsam, dass es ihnen an Handwerkszeug fehlt. Sie fühlen sich im Umgang mit diesen Klienten oft überfordert. Manchmal bekommen sie auch nur aus irgendeiner Quelle diese Diagnose genannt, bringen sie mit ihren Schwierigkeiten in Verbindung, können aber wenig damit anfangen.

Borderline-Patientinnen stellen hohe Anforderungen an ihre Mitmenschen. Sie verlangen sehr viel Aufmerksamkeit, Zuwendung, Hilfe, Versorgung, Rücksicht. Dabei sind sie oft maßlos und können diese Wünsche nicht so vortragen, dass der Andere bereit ist, sie zu erfüllen. Sie üben Druck aus, drohen, erpressen. Sie neigen zu vereinfachten und extremen Urteilen, Gefühlen und Verhaltensweisen, die sie zu wenig reflektieren. Der Bezug zur Wirklichkeit ist oft schwach. Sie berücksichtigen wenig die realen Möglichkeiten und die Interessen ihrer Mitmenschen und überschätzen andere. Borderline-Patientinnen glauben eher, dass der Andere ihnen etwas nicht geben will als dass er es nicht kann. Wenn sie nicht bekommen, was sie suchen, tritt oft heftige Wut auf. Sie reagieren enttäuscht, machen Vorwürfe, brechen die eben noch so wichtige Beziehung ab, wirken dadurch unberechenbar. Ihr Verhalten führt dazu, dass der Andere sich manipuliert, ausgenutzt, überfordert, unsicher fühlt. Er hat das Gefühl, mit Worten und Argumenten wenig ausrichten zu können, reagiert enttäuscht und wütender als er es von sich gewohnt ist und als er eigentlich möchte. Das führt wiederum dazu, dass die Patientinnen sich noch hilfloser und verlassener fühlen und weiter in Panik und Wut geraten. Schließlich entsteht um sie herum eine Alarmstimmung. Borderline-Patientinnen erzeugen bei sich und anderen Katastrophenängste, so als könne es jederzeit ums Ganze gehen. Im Hintergrund steht ein Gefühl der Hilflosigkeit. Sie fühlen sie sich zu schwach, selbst für sich sorgen zu können. Sie haben oft das Gefühl, sowieso alles falsch zu machen, fühlen sich – auch wenn sie es oft verbergen – unsicher und ängstlich, machen sich schnell Vorwürfe und neigen zu übermäßigen Schuldgefühlen. Sie glauben nicht, dass sie selbst anderen etwas geben können, dass sie gebraucht werden, etwas bewirken können. Leider gestalten sie ihr Leben und ihre Beziehungen so, dass sie darin bestätigt werden.

Hinter dieser problemorientierten Beschreibung droht die Vielfalt der Symptomkonstellationen und Persönlichkeiten zu verschwinden. Sie verstellt den Blick für manche ermutigenden und bereichernden Eigenschaften der Patientinnen wie Offenheit, Spontaneität, Leidenschaft in Beziehungen, ausgeprägten Gerechtigkeitssinn und ein gutes Gespür für einzelne Aspekte zwischenmenschlicher Prozesse. Wir kommen im Folgenden mehrfach auf die Einseitigkeit einer solch problemorientierten Sichtweise zurück. Sie wird durch die diagnostische Herangehensweise noch verstärkt. Daher beschäftigen wir uns weiter unten auch ausführlicher mit dem Problem, wie mit der Diagnose einer „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ konstruktiv umgegangen werden kann.

Im Vordergrund aber steht folgende Frage: Was kann man tun, um nicht-therapeutische Betreuer im Umgang mit Borderline-Patientinnen zu unterstützen?

Die Anbindung aller beteiligten Berufsgruppen an z.B. unser Netzwerk würde schnell den zahlenmäßigen Rahmen überschreiten, in dem ein Netzwerk noch arbeitsfähig bleibt. Deshalb müssen andere Möglichkeiten der Vernetzung gefunden werden. Wir sehen drei solche Möglichkeiten:

1. Fortbildung und Öffentlichkeitsarbeit
2. Die Entwicklung einer gemeinsamen Grundhaltung den Patientinnen gegenüber
3. Supervision

Bevor wir diese Möglichkeiten näher ausführen, fassen wir zunächst noch einmal kurz das Wesentliche über die Dialektisch-behaviorale Therapie zusammen.

2. 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) Verzweifelt 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 etwa Jerschke et al., 1998).

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).

Diese Daten sprechen 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). Die unspezifischeren Schwierigkeiten im Umgang mit diesen Patienten haben wir bereits beschrieben. 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 Therapeuten die Behandlung dieser Patientinnen ganz ablehnen, sich nur wenige dieser Patientinnen 'zumuten' oder mehr oder weniger bewusst zu den Therapieabbrüchen beitragen.

Als wir 1996 zum ersten Mal von der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) erfuhren, beeindruckte vor allem, dass sich Kollegen völlig unterschiedlicher Therapieschulen für diesen Ansatz interessierten. Viele Kollegen waren unzufrieden mit den Behandlungsergebnissen des Verfahrens in dem sie ausgebildet waren und suchten neue Wege, um Borderline-Patientinnen zu behandeln. DBT schien eine integrative Kraft zu besitzen und eine Unterstützung zu versprechen, von der sich viele angezogen fühlten, die trotz aller Schwierigkeiten die Arbeit mit diesen Patientinnen nicht aufgeben wollten.

3. Entstehungsmodell von BPS im Rahmen der DBT

Der DBT liegt ein Diathese-Stress-Modell zugrunde, 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).

4. 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 und Hypnotherapie. Die Therapie wird von einer Lebenseinstellung getragen, die dem Zen-Buddhismus entlehnt ist (s. dazu Huppertz, 2002).

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 bzw. Supervision der Therapeuten.

4. 1 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, 1996). 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 ist in der DBT selbst bisher wenig ausgearbeitet.

4. 2 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 Therapeuten 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 Einflüsse des Zen 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.

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', '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 bei uns von der Therapie ausgeschlossen.

4. 3 Telefonkontakt

Patientinnen können in suizidalen Krisen oder bevor sie sich selbst verletzen, ihre Therapeuten anrufen. Die telefonische Erreichbarkeit muss mit den Therapeuten vorher geklärt werden und richtet sich auch nach den Grenzen der Therapeuten. 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.

4.4 Intervision

Die Einzel- und die Gruppentherapeuten treffen sich regelmäßig, um sich über die gemeinsamen Patientinnen auszutauschen und sich gegenseitig zu beraten.

4.5 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). Unbefriedigend ist bislang die Wirksamkeit der DBT im Hinblick auf die Depressivität und die Verbesserung der Lebensqualität.

5. Das Darmstädter Projekt

Voraussetzungen, Entstehung, Finanzierung und sonstige spezifische Bedingungen unseres ambulanten Netzwerks in Darmstadt haben wir bereits an anderer Stelle dargestellt (Gunia et al. 2000). Im Februar 1998 haben wir mit der ersten Fertigkeitengruppe begonnen, zur Zeit bestehen fünf Fertigkeitengruppen mit jeweils acht Patientinnen und zwei Therapeuten. Die Gruppen sind halboffen, d.h. zu jedem Modulbeginn (etwa vierteljährlich) können neue Patientinnen aufgenommen werden. Das Fertigkeitentraining dauert 2 Jahre. 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 Therapeuten möglich, die zum Netzwerk gehören. Aus konzeptuellen Gründen sind Einzel- und Gruppentherapeuten nicht identisch.

Bislang wurden ca. 80 Patientinnen aufgenommen. Die Therapeutengruppe besteht zur Zeit aus 12 Therapeuten, 9 Frauen und 3 Männer. Darunter sind 5 Psychiater/Nervenärzte und/oder ärztliche Psychotherapeuten und 7 Psychologen. Die Ärzte sind als

tiefenpsychologische Therapeuten zugelassen, die Psychologinnen als Verhaltenstherapeuten. Die Therapeuten haben durchschnittliches ein Lebensalter von 49 Jahren, 3,2 Therapieausbildungen und 19,6 Jahren Berufserfahrung. Vierwöchentlich findet eine Intervision statt; außerdem gibt es eine externe Supervision. Alle Gruppensitzungen werden per Video aufgezeichnet.

Als für sich persönlich vertretbare Anzahl von DBT-Therapien wurden vier angegeben. Beim intensiven Krisenmanagement der DBT entstehen Zusatzbelastungen, die jeder Therapeut für sich begrenzen muss und die auch sehr unterschiedlich erlebt werden: Die tägliche telefonische Erreichbarkeit betrug im Schnitt 11,6 Stunden täglich. Der erlebte Streß durch DBT Einzelsitzungen liegt für beide Geschlechter mit $M = 25$ (Skala 0 = wenig, 43 = sehr anstrengend) im Vergleich zu sonstigen Einzeltherapien nur ca. 10% höher (s. Gunia et al. 2000).

Zum Zwecke der Vernetzung mit den beiden in der Region liegenden psychiatrischen Kliniken und der psychiatrischen Station in einem Allgemeinkrankenhaus in Darmstadt haben wir in den Jahren 2000 und 2001 neue Ausbildungskurse in Darmstadt organisiert und in erster Linie Kollegen, die in diesen Krankenhäusern arbeiteten, angesprochen. Diese Ausbildungen sind mittlerweile abgeschlossen und der Aufbau eines kleinen Netzwerks in einem der psychiatrischen Krankenhäuser steht unmittelbar bevor. Die Implementierung von Skillsgruppen in den beiden anderen Kliniken wird von den dortigen Kollegen geplant. An der TU Darmstadt wird eine Evaluation des Projekts durchgeführt.

6. Fortbildung und Öffentlichkeitsarbeit

Es ist aus unserer Sicht sinnvoll und möglich, dass sich auch Kollegen, die nicht im engeren Sinn psychotherapeutisch mit Borderline-Patientinnen arbeiten, in DBT fortbilden. Dies kann in Freiburg geschehen, kann aber auch schon eine erste Aufgabe regionaler Vernetzung sein. Bestehende Netze sollten diese Aufgabe ebenfalls übernehmen.

Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Betreuer sollten die Fertigkeiten der DBT kennen. Nur dann können sie auf Probleme, die von Patientinnen an sie herangetragen werden, mit einer fertigkeitenorientierten Einstellung antworten (Welche Fertigkeiten besprechen Sie gerade?; oder: Welche Fertigkeit könnte Ihnen denn bei der Lösung dieses Problems helfen?). Auch das Vermitteln des Skillstraining könnte außer von dem Freiburger Fortbildungsinstitut von regionalen Netzwerken übernommen werden.

Über die Fortbildung besonders wichtiger Berufsgruppen hinaus scheint uns Öffentlichkeitsarbeit wichtig, also die Aufgabe, in Vorträgen oder Fortbildungen den neuesten Stand des Wissens über die Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten bekannt zu machen. Dabei scheint es uns besonders wichtig, die Grundhaltung der DBT zu vermitteln, die wir gleich ausführlicher darstellen.

7. Der Umgang mit der Diagnose „Borderline-Störung“

Eine besondere Bedeutung kommt neben der Vermittlung der Diagnostik gerade außerhalb eines therapeutischen Rahmens der Frage zu, welche Rolle *die Diagnose* einer „Borderline-Störung„ eigentlich spielt.

Die „Borderline,-Diagnose ist aus einer speziellen therapeutischen Problemstellung heraus entstanden, war bis in die 80er Jahre in der Fachwelt umstritten und eher etwas für Spezialisten. In den letzten Jahren hat sie einen Boom erlebt und zwar nicht nur innerhalb der therapeutischen Welt. Sie droht, eine Mode zu werden. Ratgeber, Belletristik, Filme, Zeitschriften, Websites, Selbsthilfegruppen – überall taucht inzwischen diese Bezeichnung auf. Heute sprechen die Patientinnen selbst davon, dass sie „Borderliner“ sind und Therapeuten sprechen von ihren „Bordis“. Ist das hilfreich, wollen wir das?

Jein. Einerseits wollen wir aufgeklärte Patientinnen, die ihre Krankheiten erkennen, verstehen und die Therapie in die Hand nehmen. Zudem führen diese Veröffentlichungen zu einer Enttabuisierung dieses und anderer seelischer Erkrankungen. Andererseits fürchten wir Halbwissen und die Tendenz, aus einer Diagnose eine Identität zu schmieden. Eine „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ ist eine akute oder chronische, in der Regel aber vor allem eine heilbare Krankheit. Die Diagnose ist Mittel zum Zweck der Behandlung. Außerhalb dieses Rahmens wird sie schnell zu einem Mittel zum Zweck der Identitätsstiftung und das verhindert gerade eine effektive Behandlung. Gerade Borderline-Patientinnen sind auf der Suche nach Identität und Gemeinschaft. Die emotionale Unausgeglichenheit, die Unberechenbarkeit des Verhaltens, die Instabilität der Beziehungen – die Diagnose liefert eine scheinbare Erklärung, auf jeden Fall aber eine Zuordnung und verhilft vielleicht zu einer Gemeinschaft Betroffener. Wird daraus aber eine Art psychischer Berentung, so ist etwas schief gelaufen. Aus einer Erklärung wird eine Entschuldigung, aus einem Hilfsmittel eine Fessel. Am schlimmsten ist es, wenn sich die Patientinnen auf die Diagnose festlegen, kaum weniger schlimm, wenn es die Angehörigen, Freunde oder Betreuer tun. Die Diagnose kann das Verständnis befördern, sie kann aber auch dazu führen, dass wir unsere Bemühungen,

den Anderen zu verstehen, einstellen. Dann hat sie zur Folge, dass wir den Anderen nicht mehr ernst nehmen, uns nicht mehr mit ihm auseinandersetzen, ihn abhaken und entwerten. Diese Entwertung bestätigt dann das negative Selbstbild und die Resignation der Betroffenen. Eine weitere Folge ist, dass die Umgebung ihre Ansprüche an die Patientin reduziert und diese im Gegenzug ihre Ansprüche an die Umgebung steigert. Dies kann bis zur formalen Berentung führen.

Es ist daher wichtig, nicht therapeutisch zu denken, zu reden oder zu handeln, wenn man gar keine Therapie macht. Ist die Diagnose dann im Alltag, außerhalb therapeutischer Settings, sinnlos? Fast, nicht ganz. Nicht ganz, weil wir auch sonst unsere Krankheiten im Alltag berücksichtigen und versuchen, unser Leben so zu gestalten, dass unsere Krankheiten heilen können. Und es kann wichtig sein, dass unsere Umgebung uns dabei hilft. Es ist nicht nützlich, wenn ein Diabetiker ständig zu Kuchenschlachten eingeladen wird, wenn wir einen Menschen nach einem Herzinfarkt überreden, mit uns auf Bergtour zu gehen oder wir jemandem, der gegen Katzenhaare allergisch ist, nicht die Katze vom Leib halten. Wohl aber, wenn wir mit einem Menschen mit einer Aphasie sprechen oder uns mit einem depressiven Menschen zum spazieren gehen verabreden. Eine Diagnose kann uns helfen, in ganz bestimmten, engen Zusammenhängen unser Verhalten sinnvoll zu kontrollieren, Ideen zu entwickeln, Rücksicht zu nehmen.

Wenn wir also hören, dass ein Mensch an einer „Borderline-Persönlichkeitsstörung„ leidet, so sollten wir Folgendes berücksichtigen:

1. Die Diagnose ist unscharf und sie kann falsch sein.
2. Mit der Diagnose werden nur ganz bestimmte Eigenarten und Verhaltensarten dieses Menschen erfasst.
3. Die Diagnose umfasst bei verschiedenen Menschen sehr unterschiedliche Symptome.
4. Die Diagnose gilt nicht für alle Zeiten.

Die Betreuer von Borderline- Patienten sollten in ihrem Verhalten die Diagnose nur berücksichtigen, wenn es unvermeidlich ist, d.h. wenn sie das Verhalten ihres Gegenübers sonst nicht verstehen und ohne dieses Hilfsmittel nicht wissen, was sie tun sollen. Sie sollten die Diagnose in ihre Überlegungen einbeziehen - ohne die Absicht, den betreffenden Menschen verändern oder seine Krankheit zu verändern. Die Diagnose berücksichtigen kann einfach bedeuten, den Betroffenen zu ermöglichen, pathologische Verhaltensweisen

abzumildern oder auf sie zu verzichten, d. h. im Sinne der DBT vor allem, ihnen Alternativen zu ermöglichen oder direkt vorzuschlagen. Es ist nicht einfach, aber sehr viel wert, ihren Bemühungen, sich selbst zu verändern und dem, was in der Therapie, die ihnen hoffentlich angeboten wird, geschieht, nicht entgegenzuwirken. Therapie ist darauf angewiesen, dass das Umfeld des Patienten nicht ständig pathogene Erlebnisse produziert und pathologische Verhaltensweisen verstärkt oder wiederbelebt. Oft wird in wenigen mehr oder weniger alltäglichen Situationen zerstört, was in der Psychotherapie mühsam erarbeitet wurde. Betreuer in den verschiedenen Funktionen können versuchen, dies zu verhindern, im besten Falle dafür sorgen, dass sich die in der Therapie angeregten Lernprozesse im Alltag entfalten können.

8. Die Haltung der DBT

Notwendig ist aus unserer Sicht, die Entwicklung einer Haltung, die ein Verständnis der Verhaltensweisen der Borderline-Patientinnen ermöglicht und gleichzeitig eine Veränderung unterstützt. Das heißt, die Verhaltensweisen einerseits als Besonderheiten zu verstehen, die Borderline-Patientinnen eben ausmachen, andererseits als Lösungen in einer ausweglosen Situation. M. Linehan (Comtois et al, 2000) nennt als Voraussetzungen vor allem die Prinzipien der *Validierung* und des konstruktiven Umgangs mit *Kontingenzen*.

Mit *Validierung* meint sie, 'Zuhören und Wahrnehmen', 'genaue Wiedergabe', 'Artikulation des Unausgesprochen' (Gefühle, Gedanken und Wertvorstellungen, die nicht direkt geäußert wurden), 'Bestätigung bezogen auf zugrundeliegende Tatsachen' (Annahme, dass alle Verhaltensweisen auf reale Ereignisse zurückführbar und somit prinzipiell verstehbar sind), 'Bestätigung bezogen auf die aktuelle Situation und auf normale Verhaltensweisen' (Mitteilung, dass ein bestimmter Gedanke, ein bestimmtes Gefühl oder eine bestimmten Handlung vor dem Hintergrund der aktuellen Situation verständlich sind), 'radikale Echtheit' (Therapeut verhält sich so, als ob die Patientinnen alle Potentiale zur Veränderung in sich haben und lediglich eine Unterstützung bei der Problembewältigung benötigen. Der Therapeut tritt der Patientin gegenüber respekt-, verständnisvoll und gleichberechtigt auf. In einigen dieser Prinzipien ist unschwer die Haltung der Gesprächspsychotherapie zu erkennen.

Das zweite Prinzip besteht in dem Erkennen und dem reflektierten Umgang mit *Kontingenzen*. D.h. zu erkennen, dass unsere Reaktion wiederum im Sinne einer Feedbackschleife in das Verhalten von Borderline-Patientinnen eingreift. So könnten wir

etwa die Suizidneigung von Betroffenen eher verstärken, wenn wir nach jedem Suizidversuch und nach jeder Selbstverletzung sehr aufmerksam sind und viel mit den Betroffenen reden. Kontingenzmanagement könnte hier bedeuten, nach einem Suizidversuch nicht viel reden, sondern das Notwendige zur Wundversorgung veranlassen, das Geschehene vielmehr einige Tage später mit einer Verhaltensanalyse bearbeiten und alternative Lösungsmöglichkeiten suchen und finden. Das klingt für manche Kollegen sehr befremdlich, wird aber in der Regel von den Patientinnen gut akzeptiert (wenn es vorher so besprochen wurde) und führt in Kombination mit anderen Strategien zu einer Reduktion des selbstverletzenden Verhaltens. Vor einem Suizidversuch versuchen wir allerdings einiges, um ihn zu verhindern (siehe Telefonkontakte).

In der DBT geht man davon aus, dass die Patientinnen zwar einerseits rasch emotional reagieren, aber andererseits ihre Gefühle nicht genügend differenzieren, um realitätsgerecht mit ihnen umgehen zu können. Es wird also betont, dass die Patientinnen etwas nicht können, nicht dass sie etwas nicht wollen. Dabei wirken viele, nicht alle, kompetenter als sie sind. Gerade herausfordernde, zurückweisende, arrogante Verhaltensweisen sind geeignet, Hilflosigkeit und Angst zu verbergen. Manche Borderline-Patientinnen versuchen gerade den Eindruck zu erwecken, dass sie selbst auf normale menschliche Kontakte, Wärme, Hilfe verzichten können, sie zeigen pseudoautonomes Verhalten. Meist spürt man aber den Zynismus, die versteckten Beziehungsangebote z. B. in Form von Vorwürfen. In Wirklichkeit sind sie auch alles andere als autonom und in emotional belastenden Situationen wie Konflikten oder manchmal auch besonderen Anforderungen – wie z. B. Skills-Gruppen - wird dies rasch deutlich. Wir haben in unseren Skills-Gruppen bald gelernt, dass wir die Patientinnen in der Regel in ihren Fähigkeiten zur Wahrnehmung von und zum Umgang mit Gefühlen und zur Lösung zwischenmenschlicher Konflikte überschätzen. Es ist hilfreich, von vorneherein davon auszugehen, dass den Patientinnen elementare emotionale und soziale Kompetenzen fehlen, also Kompetenzen, die so wichtig sind, dass ohne sie der Alltag zu einer ständigen Quelle von Anspannung, Angst, Frustration und Wut wird.

Vor diesem Hintergrund versucht die DBT, die meisten Verhaltensweisen der Patientinnen als Lösungsversuche zu sehen. Borderline-Patientinnen kämpfen ständig um ihr soziales Überleben. Im Folgenden stellen wir einige *Prinzipien der DBT* dar, die uns für alle Mitarbeiter nützlich erscheinen, die mit Borderline-Patientinnen professionell zu tun haben. Die Einschränkung auf Profis ist sinnvoll, weil nur von ihnen erwartet werden kann, dass sie bereit sind – soweit wie möglich - persönliche Interessen im Umgang mit ihren Klienten zurückzustellen.

8.1 Prinzipien im Umgang mit Borderline-Patientinnen

Aufwertung

Entwertungen der Patientinnen werden grundsätzlich vermieden, aber auch übertriebene positive Bewertungen. Es geht darum, die Patientinnen zu ermutigen, auf Fähigkeiten und positive Erfahrungen zurückgreifen, dabei aber sachlich und realitätsbezogen zu bleiben. Man sollte sich hüten, die Klientinnen zu überschätzen und keine zu hohen Erwartungen in positiven Beziehungsintervallen aufzubauen. Andererseits ist es wichtig, dem negativen Selbstbild der Patientinnen stets entgegenzuwirken.

Lösungsorientierung

Problem- und Symptomschilderungen sollten soweit akzeptiert werden, wie sie zum Verständnis und zur Validierung der Patientin notwendig sind. Gemeinsame Energie und Aufmerksamkeit werden im wesentlichen aber auf die Suche nach Lösungen und auf den nützlichen Einsatz von Fertigkeiten verwandt. Die DBT will effektiv sein und Erfolgserlebnisse vermitteln.

Transparenz

Transparenz meint, nach Möglichkeit der Patientin gegenüber die Strategien offenzulegen, die man anwendet. Dies gilt z. B. auch für Nichtbeachtung bei destruktivem Verhalten. Insbesondere gilt dies für Skills, die man selbst anwendet oder der Patientin empfiehlt. Es ist sogar sinnvoll, sie möglichst häufig zu benennen. Das hilft den Patientinnen zu lernen, betont den Übungscharakter der Therapie und zeigt die Relevanz der Therapie im Alltag. Es führt zu Präzision und Klarheit. Transparenz versachlicht und neutralisiert aber auch die Beziehungen. Im Sinne der DBT sollte jeder alltagsrelevante Wissensvorsprung der Betreuungspersonen abgebaut werden, weil dies zur Entidealisierung beiträgt und dadurch die Eigenverantwortung der Patientin betont wird. Die DBT betont immer wieder die Macht der Vernunft und der Selbstkontrolle gegenüber Hyperemotionalität und Hilflosigkeit. Sie versucht möglichst klar, strukturiert und konsequent vorzugehen.

Betonung der Gleichheit

Betreuer sind den Patientinnen höchstens einen Schritt bei der Lösung von Lebensschwierigkeiten voraus. Was wir den Patientinnen vermitteln, müssen wir selbst üben,

ein Ende ist nicht abzusehen. Es gibt mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede zwischen den Patientinnen und uns. Die Patientinnen müssen sich selbst helfen, manchmal haben wir Ideen dazu. Die Betonung der Gleichheit ermöglicht damit ebenso wie die Prinzipien der Aufwertung und der Transparenz den Patientinnen, sowohl ihre Selbstverantwortung als auch ihre Empathiefähigkeit zu verbessern. Diesen Zielen dienen auch die Module „Umgang mit Gefühlen“ und „zwischenmenschliche Fertigkeiten“.

Wahrnehmen und Beschreiben statt Bewerten

Die DBT folgt nicht der Methode des „Positiven Denkens“. Sie bringt die Gefahr mit sich, dass die Patientin eine Gegenposition einnehmen und dass es zu fruchtlosen Diskussionen kommt. Es geht in der DBT in grundsätzlicherer Weise darum, Bewertungen soweit wie möglich zu reduzieren, also nur da einzusetzen, wo sie unvermeidlich sind (z. B. bei Handlungsentscheidungen). Borderline-Patientinnen kategorisieren und bewerten sehr stark und emotionalisieren sich und andere dadurch unangemessen. Die DBT bietet als Alternative Wahrnehmen und differenziertes verbales Beschreiben an. Vor allem die Fertigkeit des Beschreiben lässt sich frühzeitig und relativ leicht im Alltag einsetzen, z. B. durch gezieltes Nachfragen, eigenes Beschreiben problematischer Situationen etc. Eine präzise Beschreibung von problematischen Situationen hilft, Distanz herzustellen und Lösungen zu finden.

Entdramatisierung, pathologisches Verhalten nicht verstärken

Die DBT verfolgt eher die Haltung: „Es wird nichts so heiß gegessen wie es gekocht wird“. Sofern möglich, sollte pathologisches und damit auch dramatisierendes Verhalten nicht durch verstärkte Aufmerksamkeit beantwortet und verstärkt werden. Das ist relativ schwierig, zumal die Patientinnen ihr dramatisches Verhalten daraufhin evtl. verstärken. Hier können Rückendeckung durch das Team und eine gemeinsame Haltung wichtig werden. Außerdem hilft ein eigener klarer Blick für die Bedrohlichkeit der Situation. Beispiele: Erpressungen sollte man erkennen und – wenn irgend möglich - nicht befolgen. Zwischen Selbstverletzungen und Suizidalität sollte man klar unterscheiden. Oft wird beides in einen Topf geworfen – zu Unrecht. Durch Selbstverletzungen versuchen die Patientinnen sich besser zu fühlen, bei ernsthaften Suizidversuchen haben sie die Hoffnung aufgegeben, dass dies möglich ist. Auf Suizidabsichten sollte man ausführlich eingehen, auf bereits erfolgte Selbstverletzungen nicht. Wenn Patientinnen vor Selbstverletzungen Hilfe suchen, sollte man dies verstärken und die Hilfe geben.

Agressive Gegenreaktionen kontrollieren

Manchmal müssen auch Profis fraglos aggressiv reagieren, z. B. zum eigenen Schutz – auch gegen ständige Entwertungen, Entmutigungen etc. -, zum Schutz Dritter oder der Funktionsfähigkeit des Betriebs. Es geht nicht darum, Konflikte zu vermeiden, sondern zu zeigen, dass man konstruktiv mit ihnen umgehen kann. Wenn irgend möglich, ist es besser, bei aggressiven Intereaktionsangeboten nicht mitzuspielen. Das erfordert

- die eigenen Gefühle zu erkennen und Distanz zu ihnen herzustellen,
 - auf eigene Fertigkeiten zur Lösung zwischenmenschlicher Konflikte zurückzugreifen
 - die Situation und das Problems sachlich zu beschreiben
 - Alternativen zur Eskalation zu finden, und
- möglichst zu einer - wenigstens innerlich - validierenden Haltung der Klientin gegenüber zurückzufinden.

Gegenwärtigkeit und Sinnlichkeit

Die DBT geht davon aus, dass Borderline-Patientinnen – wie wir alle – die sinnliche Gegenwart zu wenig würdigen. Sie verlassen sich zu stark auf ihre Begriffe und Bewertungen und überprüfen sie zuwenig an der Wirklichkeit, die immer auch sinnlich und praktisch erfahren werden muss. Sie halten an ihren Vorstellungen und Interpretationen fest, obwohl sie ihnen nicht wirklich Halt geben. Ein Aspekt dieser Einstellung ist, dass die Patientinnen zu stark an der Vergangenheit haften oder sich zu sehr in die Zukunft phantasieren. Das erste führt bei ihnen zu einer Überbewertung negativer Erfahrungen, das zweite zu einer Verstärkung von Ängsten und negativen Erwartungen. Die sinnliche Wahrnehmung hat demgegenüber in der Regel etwas entlastendes und beruhigendes. Sie wirkt der Leere und der Bodenlosigkeit entgegen, die die Patientinnen oft empfinden und führt sie zur Teilnahme an der Wirklichkeit und in zwischenmenschliche Beziehungen zurück. Auch dieser Aspekt der DBT-Haltung lässt sich gut in den Alltag integrieren. Achtsamkeit und Achtsamkeitsübungen sind überall und ständig möglich. An ihnen wird die präventive Einstellung der DBT besonders deutlich.

Akzeptanz der Realität und der Gefühle

Der robuste Charakter der Wirklichkeit sollte immer wieder betont werden. Es gibt Umstände, die sich verändern lassen und solche die akzeptiert werden müssen. Das Gleiche gilt für Gefühle. Borderline-Patientinnen haben besondere Schwierigkeiten mit der Akzeptanz widriger Verhältnisse und negativer Gefühle. Die DBT ist in diesem Punkt betont hart. Leiden ist unvermeidlich, es soll daher im Zweifelsfalle nicht vermieden, sondern akzeptiert werden. Es ist konstruktiver - und oft sogar leichter -, negative Elemente der Wirklichkeit zu

akzeptieren (was nicht bedeutet, diese auch „gutzuheißer“) als fruchtlos mental oder real gegen sie zu rebellieren. Es gibt im Alltag viele Gelegenheiten, Patientinnen darauf hinzuweisen oder dies selbst vorzuleben.

Üben

Die DBT geht stärker als alle anderen Therapieformen davon aus, dass psychische Veränderungen auf ständiges Üben angewiesen sind. Die Fertigkeiten, die im Mittelpunkt des Übens stehen, sind auf die Borderlinestörung zugeschnitten, sollen aber nicht nur Symptome abbauen, sondern führen darüber hinaus zu einer Art Lebenskunst. Es geht darum, in alltäglichen Situationen bereits die Entwicklung von Spannungszuständen und Krisen zu verhindern. Die Therapie muss vor allem außerhalb der Therapie stattfinden. Dies macht eben Unterstützung in vielen Lebenslagen und -bereichen sinnvoll, solange sie dazu beiträgt, dass die Betroffenen Verantwortung für sich übernehmen. Betreuer und Institutionen können hier sehr viel tun und sollten vor allem Geduld und langen Atem vermitteln. Im Prinzip des Übens finden wir die beziehungsorientierten Ziele der Prinzipien der Transparenz und der Gleichheit wieder: Die professionellen Beziehungen werden versachlicht, entlastet und geschützt. Mit dem Übungsaspekt wird etwas Drittes in die Beziehung eingeführt. Das Üben ist prinzipiell endlos und wir sind alle stets Anfänger. Wenn die Patientinnen dieses Prinzip verstehen, können sie ihre Anspruchshaltung gegenüber Anderen reduzieren, ihre Neigung zu Idealisierung und Entwertung aufgeben und schrittweise ihre Frustrationstoleranz erhöhen.

9. Supervision

Wer mit Borderline-Patientinnen arbeitet, braucht Supervision. Auch nicht im engeren Sinne therapeutisch arbeitende Kollegen benötigen Supervision. Hier haben wir eine wichtige Aufgabe regionaler Netzwerke, nämlich die Bereitstellung von qualifizierten DBT-Supervisoren. Das ist die vielleicht wichtigste Schnittstelle zwischen Netzwerken und den nicht im engeren Sinn therapeutisch arbeitenden Kollegen. Supervision ermöglicht eine ständige Weiterbildung, Selbstreflexion, Entlastung und Unterstützung. Die Nützlichkeit der Haltung der DBT und der DBT-Fertigkeiten zeigt sich gerade in der Diskussion scheinbar unlösbarer Situationen und Verstrickungen. Und nur auf diese Weise kann die DBT auch weiterentwickelt werden.

10. Ausblick

Es gibt gute Gründe anzunehmen, dass eine regionale Vernetzung von DBT-Therapeuten nicht bei der Therapie stehen bleiben sollte. Es gibt vielmehr einen Bedarf an DBT jenseits von Therapie. Diesen Bedarf an DBT in Form von Weiterbildung und Supervision zu decken, könnte neben der Therapie und der Vernetzung von Therapeuten und Kliniken eine zentrale Aufgabe von regionalen Netzwerken werden.

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.
- Comtois, K. C., Cochran, B. N. & Linehan, M.M. (2000) Die verhaltenstherapeutische Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In Kernberg. O.F., Dulz, B. & Sachsse U. (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen (S.701-730)*. Stuttgart/ New York: Schattauer.
- 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.
- Gunia, H., Huppertz, M., Friedrich, J. & Ehrenthal, J. (2000) Dialektisch Behaviorale Therapie von Borderlien-Persönlichkeitsstörungen in einem ambulanten Netzwerk. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 32, 651-662.
- Grüttert, T. (2000). Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung. *Psycho*, 26, 328-336.

Die Vernetzung ambulanter DBT Gunia,H.; Huppertz, M.

- Huppertz, M. (2002). Die Bedeutung des Zen-Buddhismus für die Dialektisch-Behaviorale Therapie, Vortrag auf dem dem DBT-Netzwerktreffen in Darmstadt, 12. 4. 2002
- 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.
- 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 Boderline-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.

Dipl.-Psych. Hans Gunia, arbeitet als niedergelassener Verhaltenstherapeut, Dozent in VT und Supervisor (VT). Derzeitige Arbeits- und Interessensschwerpunkte: Psychoedukative Verfahren in der Behandlung von Psychosen und dialektisch-behaviorale Therapie bei BPS.

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

Anschriften der Autoren:

Hans Gunia Heidelberger Landstraße 171
64297 Darmstadt; praxis@hansgunia.de

Dr. Michael Huppertz Heidelberger Landstraße 171
64297 Darmstadt; mihup@web.de