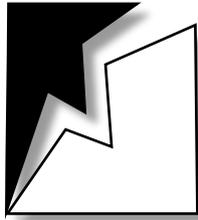


Informationsblatt „Evidenzbasierte Psychotherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung“



DBT - Dialektische Verhaltenstherapie bei Borderline- Persönlichkeitsstörung

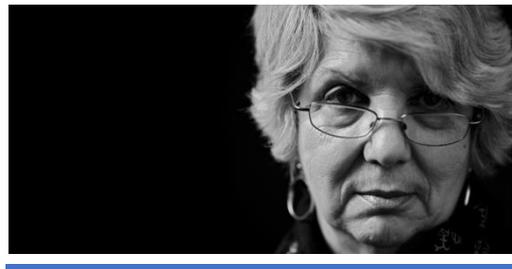
Von einer selbst Betroffenen entwickelt: Der erste große Erfolg in der Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)

Die Dialektische Verhaltenstherapie (DBT ist die Abkürzung für Dialectical Behavior Therapy) wurde von der heute über 70-jährigen amerikanischen Psychologin Marsha M. Linehan entwickelt und ist bislang die am besten untersuchte Behandlungsmethode für BPS.

Marsha Linehan litt in ihrer Jugend bzw. ihrem jungen Erwachsenenalter selbst an einer BPS. Sie verbrachte viele Monate in der Psychiatrie, verletzte sich lange Zeit selbst und war häufig suizidal. Sie erlebte in dieser Zeit viele erfolglose Behandlungsversuche, erhielt viele verschiedene Diagnosen und erlebte auch vom professionellen Helfersystem immer wieder Unverständnis, Ungeduld und sogar Abwertung. Sie erlebte diese Erfahrungen als sehr prägend und meint, diese hätten die Entwicklung der DBT maßgeblich beeinflusst.

Als junge Psychologin begann Marsha Linehan mit chronisch suizidalen Menschen zu arbeiten. Sie versuchte zunächst diesen Menschen mit einem Selbstsicherheitstraining zu helfen, in dem sehr klar daran gearbeitet wurde, dass Betroffene selbstbewusster auftreten müssten. Die behandelten Personen fühlten sich aber mit einem derartigen Zugang nicht wohl und fühlten sich auch überhaupt nicht verstanden! Die direkte Mitteilung, dass man als Betroffene „besser“ (d.h. selbstsicherer) mit einem Problem umgehen müsse um es zu lösen, sei

„invalidierend“ gewesen. Linehan hätte als Therapeutin zu wenig Verständnis für die immense Belastung und die Schwierigkeiten signalisiert, in denen sich Betroffene befänden, hätte ihre Emotionen zu wenig „validiert“ (d.h. zu wenig vermittelt, dass ihre Reaktionen und Schwierigkeiten verständlich und angemessen seien). Daher habe sie ihre Herangehensweise radikal ins Gegenteil verkehrt und hätte versucht, jetzt das Verstehen und Akzeptieren der Probleme einer Person ganz



Marsha M. Linehan ist Psychologin und lebt in Seattle in den USA. Sie war selbst Betroffene und hat viele schwierige Erfahrungen in der Psychiatrie hinter sich. In ihrer eigenen Arbeit integrierte sie all jene therapeutischen Aspekte, die ihr persönlich hilfreich waren. So hat sie als erste Psychologin das Thema „Achtsamkeit“ und ein Training zur Emotionsregulation in die Psychotherapie integriert. Erst vor wenigen Jahren gab sie der New York Times ein Interview, in dem sie erstmals ihre eigene Geschichte als Borderline-Patientin schildert.

deutlich in den Vordergrund zu stellen. Das wurde von Patient*innen sehr geschätzt. Allerdings kam nach einiger Zeit die Rückmeldung, dass es toll sei, so verstanden zu werden, aber die Probleme seien immer noch da! Es sei wohl wichtig, auch an einer Veränderung zu arbeiten! Das heißt, die Probleme einer Person und ihre Gefühle nur zu verstehen, aber nicht an einer Veränderung zu arbeiten, sei letztlich auch „invalidierend“ geworden!

Diese Erfahrungen mit den beiden Polen „Akzeptieren“ und „Verändern“ habe sie schließlich bewogen, in ihrer Arbeit eine **„dialektische“ Perspektive** in den Mittelpunkt zu stellen: **Beide Pole sind wichtig und richtig**, auch wenn sie gegensätzlich sind. BPS-Patient*innen schwanken mitunter sehr schnell zwischen dem Wunsch verstanden zu werden und dem Bedürfnis sich zu verändern. Therapeut*innen haben die Aufgabe, sehr schnell zu reagieren und hier immer wieder auszugleichen, um ein Gleichgewicht, eine Balance zwischen gegensätzlichen Polen aufrecht zu erhalten.



„Validieren“ und „Verändern“ sind damit die beiden (gegensätzlichen) Kernstrategien in der DBT, die sich je nach aktueller Situation in der Therapie sehr schnell abwechseln können, in der Regel mehrfach oder sogar vielfach während einer Therapiesitzung.

„Biosoziales Modell“ der BPS

In der DBT werden die Symptome einer BPS als das Zusammenwirken von zwei Faktoren erklärt. Ein Faktor allein reicht nicht aus eine BPS hervorzubringen. Es ist das Zusammenwirken, das die Symptome entstehen lässt. Es handelt sich hier um einen biologischen und um einen sozialen Faktor, deshalb **„biosoziales Modell“**:

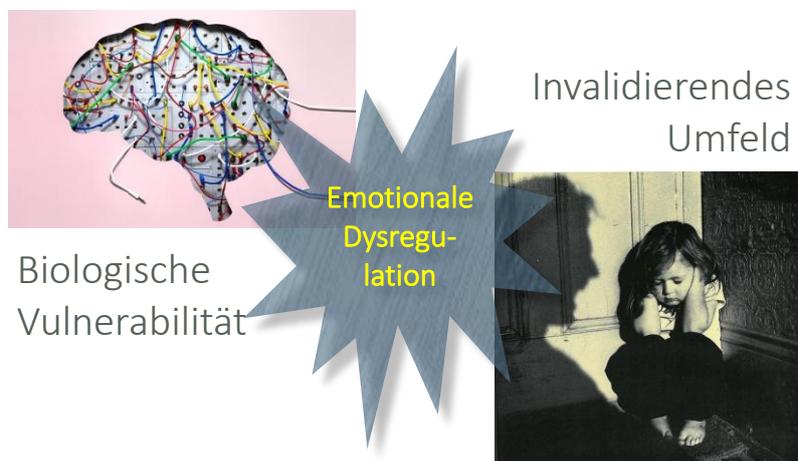
- (1) Der erste Faktor ist eine **biologische Verletzlichkeit (Vulnerabilität)** der betroffenen Person, die zum Teil angeboren ist. Sie bringt es mit sich, dass eine Person sehr schnell sehr starke Gefühle erlebt (deutlich stärker als die meisten Menschen) und sich nur langsam wieder beruhigt. Es gibt mittlerweile eine ganze Menge von wissenschaftlichen Ergebnissen, die auch bestätigen, dass es diese angeborene Vulnerabilität tatsächlich gibt. Schon die betroffenen Kinder reagieren emotional stärker als andere, was Bezugspersonen nicht immer verstehen können. Diese sehr starken Emotionen führen auch immer wieder dazu, dass sich eine Person im Jugend- bzw. Erwachsenenalter nicht mehr anders zu helfen weiß, als sich selbst zu verletzen oder Suizidversuche zu machen, um aus diesen unerträglichen Spannungszuständen herauszukommen.
- (2) Der zweite (soziale) Faktor ist eine **„invalidierende Umgebung“** in der Kindheit und Jugend, d.h. nahe Bezugspersonen wie Eltern oder Großeltern, aber auch Tanten, Onkeln, Lehrer*innen, Mitschüler*innen etc. reagieren auf die sehr starken Gefühle, Gedanken und Bedürfnisse der betroffenen Person nicht angemessen, sie „invalidieren“ die Gefühle der Person. Das kann sein, weil sie z.B. selbst chronisch überlastet sind, weil sie körperlich, emotional oder sexuell gewalttätig sind oder weil sie selbst eine psychische Auffälligkeit haben, die sie an angemessenen Reaktionen auf die kindlichen Gefühle hindert (z.B. depressive Eltern, die nicht auf die Bedürfnisse ihrer Kinder eingehen können, ängstliche Eltern, deren eigene Angst immer im Vordergrund steht, sehr perfektionistische Eltern, die ihren Kindern zu viel abverlangen usw.)

Diese Invalidierungen kommen in jeder Lebensgeschichte immer wieder mal vor, das ist nichts Ungewöhnliches! Wenn diese Erfahrungen aber sehr häufig bzw. durchgängig über Jahre sind und wenn sie gepaart sind mit einer biologischen Vulnerabilität, entsteht eine Borderline-Symptomatik.

Beispiele für „Invalidierung“ von Gedanken und Gefühlen einer Person:

- Ein*e Betroffene*r fühlt sich zurückgewiesen, falsch verstanden und allein gelassen und drückt dies aus, indem er*sie sagt: „Ich habe das Gefühl, du magst mich nicht mehr!“ Die Umgebung, d.h. Partner*in, Eltern, Freund*innen reagieren verständnislos und kopfschüttelnd: „Du spinnst.“ (Eine „validierende“ Haltung wäre vielleicht ehrliche Neugier und Offenheit: „Ich verstehe jetzt nicht ganz, wie du darauf kommst, aber vielleicht kannst du es mir genauer erklären?“)
- Ein*e Betroffene*r leidet an Panikattacken und sagt: „Ich habe Angst beim Busfahren! Kannst du mich fahren?“ Eine Bezugsperson kennt die Person und ihr Problem schon lange, ist zunehmend ungeduldig und meint: „Ich fühle mich manipuliert von dir.“ (Eine „validierende“ Haltung wäre vielleicht ausgedrückt in: „Ich weiß, dass es schwierig für dich ist, aber wir müssen trotzdem dafür eine Lösung finden!“ Hier wird neben der Validierung im ersten Teil auch die Veränderung in dem gleichen Satz ausgedrückt.)
- Ein*e Betroffene*r kommt nach Hause und hat etwas Positives zu erzählen. Das Gegenüber reagiert nicht, sucht das Haar in der Suppe oder betont die eigenen körperlichen Beschwerden („MEIN Tag war schrecklich!“ Eine validierende Haltung wäre zuzuhören und sich mitzufreuen).
- Ein*e Betroffene*r schildert eine emotionale Belastung in der Arbeit. Das Gegenüber reagiert mit: „Du bist wie deine Mutter!“ (Eine validierende Haltung wäre, auf die Belastung einzugehen).

Das Ergebnis einer jahrelangen Invalidierung der starken Emotionen eines Kindes kann dann eine andauernde **„emotionale Dysregulation“** sein, eine Instabilität des Gefühlslebens, die sich in starken und schnellen Stimmungsschwankungen zeigt und das Leben der betroffenen Personen sehr anstrengend und belastend macht.



Neben den belastenden Einflüssen auf das Gefühlsleben gibt es

aber auch ausgleichende und günstige Einflüsse, die **Ressourcen** einer Person. Das sind etwa positive Beziehungen wie z.B. zum anderen Elternteil, zu einer Oma, zu stabilen Freund*innen, Mitgliedern in einem Verein etc. oder auch Persönlichkeitseigenschaften, Intelligenz, Hartnäckigkeit und ähnliches. Diese Ressourcen können manchmal einiges verhindern oder zumindest lindern. Es ist immer wieder wichtig zu überlegen, was hilfreich in der eigenen Entwicklung war.

Folgen für die Entwicklung einer Person

Die emotionale Dysregulation zeigt sich nicht nur in den starken Stimmungsschwankungen. Die vielen Invalidierungen im Verlauf der Kindheit und Jugend führen dazu, dass eine Person ein extrem

negatives Selbstbild bis zum Selbsthass entwickelt, sehr misstrauisch wird und sich selbst auf vielfältige Art schützen möchte. Sie wird „**hypersensibel**“ auf alle Arten von zwischenmenschlichen Enttäuschungen und Zurückweisungen, die sie ja tatsächlich sehr vielfältig erlebt hat. Kleine Schwierigkeiten in der Gegenwart lösen möglicherweise alte Erinnerungen und damit starke alte Gefühle aus, die die Person selbst auch manchmal nicht verstehen kann. Und sie kann ihren emotionalen Reaktionen auch nicht mehr vertrauen. Sie sind keine sinnvolle Orientierung mehr, weil sie für die Umgebung in Kindheit und Jugend häufig und immer wieder unverständlich waren, weil sie nichts genützt haben und nur Belastung verursacht haben. Wozu also diesen Emotionen trauen, ihnen Beachtung schenken?

Eine weitere wichtige Folge von vielen Invalidierungen in der Entwicklung ist die **verzerrte Wahrnehmung von Emotionen**. Wir lernen von unseren Bezugspersonen, was Angst, was Traurigkeit, Ärger, Schuld oder Scham ist. Zwar haben wir angeborene „Affektprogramme“ in uns, angeborene Tendenzen Emotionen zu empfinden, aber wie soll ein Kleinkind wissen, dass das, was es momentan empfindet, Scham ist? Wir lernen es von unseren Bezugspersonen, die uns das Gefühl benennen, erklären, wodurch es ausgelöst wurde, was es bedeutet und wie wir damit umgehen können. Validierende Bezugspersonen helfen uns sehr, die eigenen Emotionen (und die anderer Menschen) einzuordnen, zu erkennen und zu regulieren.

Wenn diese Entwicklung durch viele invalidierende Erfahrungen ganz anders verläuft, lernen wir entsprechend ganz andere Dinge über Emotionen. Wir lernen, dass sie komisch, für andere unverständlich, zu übertrieben oder ganz einfach falsch sind. Erwachsene haben dann oft Schwierigkeiten, ihre Emotionen selbst zu erkennen oder zu benennen. Man spürt einfach eine **diffuse innere Spannung**, sie ist unangenehm, aber es ist schwierig zu sagen, ob es Angst oder Ärger oder Traurigkeit ist, was man gerade in sich spürt.

Emotionen sind aber wichtige Informationen, die uns sagen, was in einer Situation falsch läuft! Wenn wir Angst spüren, sagt uns das, dass wir uns von etwas bedroht fühlen. Wenn wir traurig sind, sagt uns das, dass wir einen Verlust wahrnehmen usw. Können wir das Gefühl nicht identifizieren, können wir auch das Problem nicht gut wahrnehmen und damit auch nicht lösen!

Damit geht der „**innere Kompass**“ **verloren**, denn Emotionen geben uns Orientierung. Nur wenn die Person ihren (emotionalen) Reaktionen trauen kann, wenn sie darauf vertraut, dass ihre Reaktionen angemessen, wichtig und sinnvoll sind, kann und wird sie sie als Orientierung für das eigene Handeln nützen. Ist kein innerer Kompass da, weiß man nicht wirklich, was wichtig ist und was nicht. Es fehlt die gefühlte emotionale Bestätigung. Soll ich einen Job im Büro annehmen, eine Ausbildung machen oder doch zuerst meine Therapie vorantreiben, damit ich diese Schritte auch aushalte? Dieser fehlende innere Kompass führt zu **schnell wechselnden Einstellungen und Haltungen**, innerhalb von Tagen kann

Folgen für die Entwicklung einer Person:

ständige Invalidierungen führen u.a. zu

- *negativem Selbstbild*
 - *Hypersensibilität in zwischenmenschlichen Situationen*
 - *fehlendem Vertrauen in die eigenen Gefühle*
 - *Schwierigkeiten, eigene Gefühle zu erkennen und zu benennen*
 - *Schwierigkeiten, längerfristige Ziele zu verfolgen*
-



sich die Lebensplanung völlig verändern. Ob eine Person einen Job annimmt oder nicht, kann manchmal von der momentanen Stimmung an dem Vormittag des Vorstellungsgesprächs abhängen. Dieser fehlende innere Kompass, der Zweifel an den eigenen Gefühlen und die hohe zwischenmenschliche Verletzlichkeit führen also zu **starken Schwankungen in der Wahrnehmung von sich und anderen** und damit zu dem sehr häufigen **Schwarz-Weiß-Denken** von BPS-Patient*innen. Partner*innen oder neue Bekanntschaften sind zunächst ideal und fehlerfrei. Wenn erste Frustrationen auftreten, können sie sehr schnell auf völlig andere Weise untreu, ausnützend, manipulativ, gemein oder zurückweisend erlebt werden.

Dialektische Verhaltenstherapie: Arbeit mit den Emotionen

In der DBT spielt das emotionale Erleben der Betroffenen und die therapeutische Arbeit damit eine zentrale Rolle. Alle therapeutischen Schritte zielen darauf ab, dass eine Person hilfreicher mit ihren Gefühlen umgehen lernt. Betroffene sollen wieder mehr Vertrauen in ihre emotionalen Erfahrungen bekommen können. Sie sollen sie benennen können und sie als „valide“, für sich selbst und für andere nachvollziehbare Reaktionen erfahren können. Das „Validieren“ ist hier ein zentraler Zugang in der DBT, der dieses Ziel verfolgt.

Gleichzeitig hat die schwierige Lebensgeschichte von Betroffenen zu vielen konkreten Problemen im Umgang mit sich selbst und anderen geführt. Der bisherige Umgang mit Problemen muss sich auch ändern. Betroffene lernen in der Therapie viele „**Skills**“ (**Fertigkeiten**) **im Umgang mit ihren Emotionen** und anderen Personen, die ihnen helfen, Belastungen in Zukunft anders anzugehen als bisher.

Oberstes Ziel in der DBT ist es, Menschen mit einer BPS bei ihrem Umgang mit den sehr starken Emotionen zu helfen, Suizidalität und Selbstverletzungen zu reduzieren und andere, langfristig hilfreichere Wege in der Bewältigung von Emotionen zu finden!

Wenn sich jemand selbst verletzt oder Suizidgedanken hat, ist er*sie in größter emotionaler Not und braucht Unterstützung. Diese Punkte haben in der DBT **IMMER Vorrang!**

Eine optimale DBT-Therapie besteht aus einer **DBT-Einzeltherapie**, die meistens 1-3 Jahre dauert. Parallel dazu nehmen Betroffene im ersten Jahr an einer **Skillsgruppe** teil. Hier werden über 1 Jahr in einer Gruppe von ca. 8 BPS-Patient*innen und 1-2 Therapeut*innen zentrale Fertigkeiten im Umgang mit Gefühlen vermittelt.



Warum Einzel- UND Gruppentherapie? Im Leben von BPS-Patient*innen passiert immer wieder sehr viel sehr schnell. In der Einzeltherapie ist die Zeit besser dafür vorhanden, sich um die vielen Probleme des Alltags zu kümmern. Allerdings bleibt keine Zeit, Fertigkeiten auszuprobieren und zu üben. Deshalb wurde das Fertigkeitentraining in der Gruppe installiert. Die Skills und Erfahrungen damit können zudem mit Personen, die an ganz ähnlichen Schwierigkeiten leiden, ausgetauscht werden. Es ist immer wieder eine wichtige Erfahrung für BPS-Patient*innen, dass sie mit ihren Problemen nicht allein sind! Im **Skillstraining** werden in dem vereinbarten Jahr vier Module zwei Mal durchgearbeitet, d.h. ein halbes Jahr für einen Durchgang. Die vier Module sind:

- **Skills zur Achtsamkeit (mindfulness):** Achtsamkeitsübungen werden zusätzlich auch am Beginn jeder Sitzung zum Ankommen durchgeführt.

- **Skills für Hochspannung und Krisen:** wenn in emotionalen Krisen das Lösen von Problemen unmöglich erscheint, braucht es effektive Strategien, um kurzfristig wieder auf andere Gedanken zu kommen und die Belastung zumindest vorübergehend etwas zu reduzieren, damit nichts Schlimmeres passiert.
- **Skills im Umgang mit Gefühlen:** Wenn die aktuelle Belastung nicht extrem hoch ist, stehen Strategien im Mittelpunkt, die helfen, die eigenen Emotionen zu verstehen und sie zu regulieren.
- **Skills in Beziehungen:** Neben allen bisherigen Skills kommen hier zusätzlich noch Fertigkeiten im Umgang mit zwischenmenschlichen Situationen zum Einsatz.

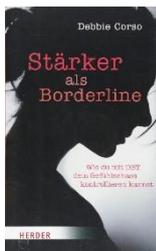
In der Skillsgruppe ist die Hälfte der Personen im ersten, die andere Hälfte der Personen im zweiten Halbjahr bzw. Durchgang. Damit gibt es also immer eine Mischung aus „Fortgeschrittenen“ und „Neuen“ in ein und derselben Gruppe.

DBT an der Borderline-Ambulanz der Universitätsklinik für Medizinische Psychologie

Die DBT war die erste therapeutische Methode (Anfang der 90er Jahre), die sich in Studien als wirksam in der Behandlung von Borderline-Störungen erwiesen hat. Mittlerweile gibt es eine ganze Reihe von Studien, die ihre Wirksamkeit weiter bestätigt haben. Sie ist die am besten untersuchte Behandlungsmethode für Borderline-Patient*innen zum aktuellen Zeitpunkt. Sie ist eine von mittlerweile vier psychotherapeutischen Behandlungsmethoden, die „evidenz-basiert“ sind. d.h. es gibt wissenschaftliche Evidenz (Beweise), dass diese Methoden bei BPS wirksam sind und deshalb BPS-Patient*innen empfohlen werden können.

An der Borderline-Ambulanz der Universitätsklinik für Medizinische Psychologie wird seit 2015 eine ambulante Skillsgruppe angeboten. Sie läuft über 1 Jahr mit wöchentlichen Terminen von je 2 Stunden.

Zum Ansehen/Weiterlesen:



Corso, Debbie (2018). *Stärker als Borderline: Wie du mit DBT dein Gefühlschaos kontrollieren kannst*. Freiburg: Herder.

Das DBT-Manual für Therapeut*innen:



Linehan, M.M. (1993, dt. 1996). *Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörungen*. München: CIP-Medien.