

## Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) und Schematherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung

Univ. Prof. Dr. Gerhard Lenz  
Univ. Klinik für Psychiatrie  
AKH Wien

## DSM-V-Kriterien für Borderline-Störung Teil 1

5 von 9 Kriterien notwendig

- Schwierigkeiten mit dem Alleinsein, Angst vor Trennungen
- Neigung zu intensiven, jedoch instabilen Beziehungen
- Identitätsstörung
- Potentiell selbstschädigende, häufig impulsive Handlungen

## Epidemiologie

- Ca 6% (Lifetime Prävalenz) der Bevölkerung leiden unter Borderline-Störung (BPS) (Grant et al. J Clin Psych 2008;69:533-545)
- Punktprävalenz 0,8-2 % (Bohus : Nervenarzt 2007;78:1069-1081)
- 15% der Patienten in psychiatrischen Kliniken erfüllen die Kriterien für BPS

## DSM-V-Kriterien für Borderline-Störung Teil 2

- Wiederholte Suizidversuche, Suiziddrohungen oder Selbstverletzung
- Stimmungsschwankungen
- Gefühle von Leere
- Schwierigkeiten, Wut und Ärger zu kontrollieren
- Vorübergehende, stressabhängige dissoziative oder psychotische Erlebnisse

## Geschlechtsunterschiede?

- Keine Unterschiede in der Häufigkeit! (Grant et al., J.Clin Psych 2008;69: 533-545)
- Unterschiede in der klinischen Präsentation:  
Männer haben zusätzlich öfter Substanzabhängigkeit oder antisoziale Persönlichkeitsstörung, Frauen öfters Essstörungen (Zlotnick et al. J of Personality Disorders 2002;16(3): 277-282)

## ICD-10-Diagnostik

- F 60.3 Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung
- F 60.30 impulsiver Typus
- F 60.31 Borderline-Typus

## Erhebungsinstrumente

- **Interviews:**
- International Personality Disorder Examination (IPDE) der WHO für DSM-IV und ICD-10
- Strukturiertes Klinisches Interview Achse II (SKID-II) für DSM-IV

## Verlauf

- **Bimodale Verteilung des Alters bei Erstbeginn:** Gipfel bei 14 und 24 Jahren (Jerschke et al 1998)
- 30% zeigen bereits im **Volksschulalter** Selbstverletzungen (Bohus 2007)
- Im **Langzeitverlauf** in US-Studien gute Prognose mit hohen Remissionsraten (Zanarini 2003, Grilo 2004): nach 8 Jahren Diagnose nur mehr in 20% vorhanden

## Komorbidität

- Depression
- Angststörung
- Substanzabhängigkeit
- Essstörung
- PTSD
- Bipolare Störung
- ADHD
- Andere Persönlichkeitsstörungen

## Langzeit-Verlauf

- Persistenz der affektiven Instabilität
- Reduktion dysfunktionaler Verhaltensmuster (Selbstverletzungen, Suizidversuche)
- Prädiktoren für eher schlechteren Verlauf: sexueller Mißbrauch in der Kindheit, Komorbidität mit Substanzabhängigkeit, PTSD, ängstlich-unsichere PS
- (Paris 2003, Zanarini 2004, Bohus 2007)

## Komorbidität bei Borderline PS: 12-Monatsprävalenz Grant et al: J Clin Psychiatry 2008

- Angsterkrankungen+PTSD: 59,6%
- Affektive Störungen: 50,9%
- Substanzabhängigkeit: 50,7%

## 3-Ebenen-Modell der Ätiologie der Borderline-Störung

- Die konstitutionelle neurobiologische Ebene
- Die Ebene der frühen Bindungserfahrung
- Massive traumatische Erfahrungen

## Konstitutionell-neurobiologische Ebene

- Genetisches familiäres Risiko
- Temperament als angeborene Disposition für Reaktionsweisen auf Umweltreize
- Angeborene oder früh erworbene cerebrale Dysfunktionen („neurologic soft signs“)

## Auswirkungen von Stress

- Verkleinerung von Hippocampus
- Verkleinerung der Amygdala (Unterschied zu PTSD)

## Neurobiologie

- Auswirkungen von Stress auf Strukturen und Funktionen des Gehirns
- Affektive Dysregulation
- Impulsivität und präfrontale Regulation
- Dissoziation und selbstverletzendes Verhalten

## Affektive Dysregulation

- Hyperaktivität der Amygdala auf emotional aversive Bilder
- Fehlende Hemmung in präfrontalen Hirnregionen (bedingt überschüssige Amygdala Aktivität)
- Erhöhte basale Cortisolsekretion mit fehlender Hemmung bei Stimulierung

## Neurobiologie der Emotionsregulation

- Neurale Korrelate der Kompetenz zur Emotionsregulation in weitreichendem Netzwerk aus subkortikalen und kortikalen Arealen angesiedelt:
- Amygdala: Emotionsverarbeitung sowie Emotionsgenerierung
- Dorsale präfrontale Areale: Regulation von Aufmerksamkeit und emotionalen Zuständen
- Ventrale präfrontale Areale: Regulation autonomer Reaktionen
- Anteriorer cingulärer Kortex (ACC): Regulierung von Erregungszuständen, die mit emotionalen Empfindungen einhergehen

## Impulsivität und präfrontale Regulation

- Erniedrigte serotonerge Aktivität in präfrontalen Regionen bei Impulsivität
- erhöhte bei ängstlichen Borderline Pat.
- Geschlechtsunterschiede bei Impulsivität

## Dissoziation und selbstverletzendes Verhalten

- Während dissoziativer Zustände reduzierte Wahrnehmung auf sensorischer Ebene (optische, akustische, Schmerz-wahrnehmung)
- Sensorische Schmerzkomponente ungestört
- Störung der affektiven Schmerzkomponente
- Reduzierte Aktivierung im ACC

## Frühe Bindungserfahrung

- Affect mirroring: die mimischen und vokalen Antworten der Bezugsperson spielen für das Kind eine kausale Rolle bei der Entwicklung der Fähigkeit zur Regulation von Zuständen der Spannungs-Unlust
- Kumulative Störungssequenzen der frühen Mutter-Kind-Interaktion als Störungen der Bemutterung mit dem Ergebnis eines Misslingens von stabilen Objektbeziehungen
- Unfähigkeit, im Erwachsenenalter allein zu sein, verweist auf den Mangel eines „inneren beruhigenden Objektes“
- Desorientiert/desorganisierter Bindungstypus

## Kognitive Komponenten

- Allein kann ich nicht überleben
- Nähe birgt Gefahr
- Ich bin gefährlich
- Ich bin nicht lebenswert (Selbstverachtung, Scham)

## Frühe Bindungserfahrung

- High-tension-states (Gefühl von Lebendigkeit nur durch Erfahrungen auf hohem Erregungsniveau)
- „Borderline-Dialog“ (Kommunikationsstile, in denen nur Interaktionen auf intensivem und extremen Affektniveau Beachtung finden)
- Invalidierende Umgebung

## Lerntheorie

- Positive Verstärkung: z.b. verstärkte Selbstwahrnehmung bei Hochrisikoverhalten
- Negative Verstärkung, Unangenehmer Zustand wird beendet: z.b. Schneiden oder Essanfalle beenden unangenehme Spannung

## Traumaerfahrung

- Cluster 1: Trennung, Vernachlässigung
- Cluster 2: verbaler/emotionaler Missbrauch
- Cluster 3: physischer/sexueller Missbrauch

## Psychotherapie bei Borderline-Störung

- Dialektisch-Behaviorale Therapie (Linehan)
- Schematherapie (Young)
- Transference focused therapy (Kernberg)
- Mentalisation-based therapy (Bateman & Fonagy)

## Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) bei Borderline PS M.Linehan (1996)

- Ambulante Einzeltherapie über ca. 2 Jahre (1-2x wöchentlich)
- Fertigkeitentraining in der Gruppe
- Telefonberatung (Telefonische Erreichbarkeit zur Krisenintervention, Beziehungsreparatur und als Verstärker)

## Kognitive Verhaltenstherapie bei Borderline-Störung

- Dialektisch-behaviorale Therapie (LINEHAN)
- Schematherapie (YOUNG)

## DBT-Behandlungsphasen

- Vorbereitungsphase
- Erste Therapiephase: Suizidales und parasuizidales Verhalten, therapiefährdendes Verhalten, Verhalten das die Lebensqualität beeinträchtigt, Fertigkeitentraining
- Zweite Therapiephase: Bearbeitung des Posttraumatischen Stresssyndroms
- Dritte Therapiephase: Selbstachtung, individuelle Ziele

## Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT): Formalia der Therapie

- Operationalisierte Eingangsdiagnostik. „Recht auf Diagnose“
- Zeitlicher Rahmen der Therapie
- Behandlungsbedingungen mit Therapievertrag
- Hierarchisierung der therapeutischen Foci

## Stationäre DBT Mannheim

- Behandlungsstufe 0: Diagnostik, Info über Behandlungskonzept, Therapievertrag
- Behandlungsstufe 1 (3 Wochen): Problem- und Zielanalyse, Anfertigen von Verhaltensanalysen, Vorstellung im Behandlungsteam
- Behandlungsstufe 2 (6 Wochen): Hauptintervention (Einzeltherapie, Skillsgruppe, angeleitete Selbsthilfe in der Bezugsgruppe, Körpertherapie)
- Behandlungsstufe 3 (4 Wochen): Transfer nach Hause, Belastungserprobung zu Hause

## Verhaltensanalyse des letzten Suizidversuches

- Welche Methode?
- Welche Umstände?
- Welche Konsequenzen?
- Welche Vorsichtsmaßnahmen möglich?

## Therapievertrag mit Notfallplan

- Verpflichtung zum Einsatz von Selbsthilfestrategien
- Bereitschaft, Hilfe aufzusuchen
- Bedarfsmedikation
- Konsequenzen bei Nichteinhaltung

## Verhaltensanalyse des letzten Therapieabbruchs

- Wann hatten Sie sich dazu entschlossen?
- Was ging dem Entschluss voraus?
- Was hätte Ihnen geholfen, die Therapie fortzusetzen?
- Was können wir tun, wenn sie beginnen, mit dem Gedanken an Abbruch zu spielen?

## Fertigkeitentraining (zur Stabilisierung)

- Innere Achtsamkeit
- Umgang mit Gefühlen
- Zwischenmenschliche Beziehungen
- Selbstwert
- Stresstoleranz

## Therapietechniken

- Therapeutische Beziehung
- Verhaltensanalysen
- Kognitive Techniken
- Emotionsexposition
- Fertigkeitentraining
- Kontingenzmanagement
- Dialektische Strategien (Validierung und Veränderung)

## Innere Achtsamkeit

- Aus aktivierten Schemata aussteigen und diese relativieren
- Set von Wahrnehmungs- und Aufmerksamkeitsübungen
- Wertfreie Beobachtung innerer und äußerer Prozesse (Kontrolle, Distanz zu Gefühlen)

## Achtsamkeit

- Schulung der 5 Sinne
- Im Hier und Jetzt sein
- Für gegenwärtige Gefühle offen zu sein
- Verzicht auf Bewertung

## Emotionsregulation

- Veränderung der Reizexposition: aufsuchen von positiven Ereignissen
- Veränderung der zentralen neuronalen Reizverarbeitung (ausreichend Schlaf, Ernährung, Trinken, Tagesstruktur,...)
- Veränderung der Bewertungsprozesse
- Umsetzung der Emotion in adäquate Handlung oder Kommunikation

## Fertigkeiten zur Stresstoleranz

- **Sensorische Ebene:** fünf Sinne (Eiswürfel, Igelball, Musik, Essenzen, Blumen, etc...)
- **Physiologische Ebene:** Motorik und Atmung
- **Kognitive Ebene:** den Augenblick verändern (Game-Boy, Vorstellung-übungen, Meditation,...)
- **Handlungsebene:** Überbrücken (Aktivitäten, Unterstützen,...)

## Zwischenmenschliche Fertigkeiten

- Ähnlichkeit mit sozialem Kompetenztraining
- Borderlinespezifisch: Umgang mit störenden Gedanken und Gefühlen während sozialer Interaktionen
- Strategien zur Zielerreichung
- Umgang mit Beziehungen
- Selbstachtung beim Umgang mit Anderen

## Bewusster Umgang mit Gefühlen

- Schwierigkeiten mit schmerzhaften Gefühlen umzugehen
- Grundgefühle kennen- und identifizieren lernen
- Gefühlsregulation
- Gelenkte Wahrnehmung
- Unterscheidung „ich bin das Gefühl“ von „ich habe das Gefühl“

## Selbstwert

- Borderline Pat haben häufig geringen Selbstwert, schlechtes Bild von sich selbst
- Ziel: mit fairem Blick sowohl Schwächen als auch Stärken wahrnehmen
- Dysfunktionale Grundannahmen relativieren

## Schema Therapie

- Besonderer Stellenwert der therapeutischen Beziehung
- Besondere Bedeutung von Kindheitserfahrungen
- Affektive Beteiligung durch Rollenspiele und Imagination
- Aktive Konfrontation mit Kognitionen und Verhaltensmustern
- Längere Dauer

## Schematherapie bei Borderline

- **Beginn:** Ermöglichen einer Elternbeziehung: Therapeut gibt Sicherheit, Stabilität, Empathie, Akzeptanz
- Erforschung der Beschwerden und der Lebensgeschichte
- Diagnostik, Fragebögen
- Information über Reaktionsmuster
- Therapieziele

## Schema Therapy (2003)

Young JE, Klosko JS, Weishaar ME

- 18 Frühe fehlangepasste Schemata (Early maladaptive Schemata EMS) in 5 Hauptkategorien:
  - Trennung/Ablehnung
  - Beeinträchtigte Autonomie
  - Abgrenzungsprobleme
  - Auf Andere ausgerichtet sein
  - Übervorsichtigkeit und Hemmung

## Prinzipien der Behandlung

- Bindung: Therapeut wird zu einer stabilen, nährenden Basis, gibt Sicherheit und emotionalen Halt.
- Gefühlsregulation: Copingstrategien im Umgang mit Stimmungsschwankungen und Stress (Fertigkeitentraining)
- Verhaltensanalysen, kognitive Techniken, Emotionsexposition, dialektische Strategien, Kontingenzmanagement
- Veränderung von Reaktionsmustern
- Traumabearbeitung

## Schema modes (Reaktionsmuster) Young 2005 bei Borderline-Störung

- Lonely child mode („einsames, verlassenes Kind“)
- Impulsive child mode („wütendes, impulsives Kind“)
- Punitive parent mode („strafender Elternteil“)
- Detached protector mode („Distanzierter Beschützer“)
- Healthy adult mode („Gesunder Erwachsener“)

## Beziehungstests

Mount Zion Psychotherapy Research Group (1986)

- „Übertragungstest“:
- Hier lädt der Pat. den Therapeuten dazu ein bzw. provoziert ihn dazu, ihn auf dieselbe negative Art zu behandeln, wie er von frühen Bezugspersonen behandelt wurde
- „Rollenumkehrtest“:
- „Test“, in dem der Pat. mit dem Therapeuten dasselbe macht, was frühe Bezugspersonen mit ihm gemacht hatten



## Traumatherapie

- Ziel ist nicht, Vergessenes wieder zu erinnern oder zu integrieren, sondern die Erfahrung zu machen, dass die traumatischen Ereignisse der Vergangenheit angehören und dass traumaassoziierte Stimuli in neuem Kontext einen anderen Sinnzusammenhang eröffnen

## Traumaspesifische Behandlungsziele der zweiten Behandlungsphase

- Revision der traumaassoziierten Schemata
- Verbesserung der Reizdiskriminierung und Kontext-Assoziation
- Nutzung ich-syntoner Kompetenzen und Ressourcen

## Die Phasen der Behandlung traumabedingter Störungen

- **Sicherheit**
- **Stabilität**
- **Konfrontation**
- **Integration**

## Interpretation des Traumas und/oder seiner Konsequenzen

- Personen mit chron. PTB sind im Gegensatz zu Personen, die sich von einem Trauma psychisch erholen, nicht in der Lage, das traumatische Erlebnis als zeitbegrenztes Ereignis zu sehen, das nicht notwendigerweise globale negative Auswirkungen auf ihr Leben hat

## Traumaspesifische Behandlungsziele der ersten Behandlungsphase

- Reduktion von Reizen, die traumatische Erfahrung aktivieren
- Verbesserung der Regulation traumaassoziiierter Emotionen
- Behandlung dissoziativer Phänomene
- Umgang mit Flashbacks

## Traumagedächtnis

- Pat. mit PTB haben Schwierigkeiten, das traumatische Erlebnis willentlich vollständig zu erinnern
- Das lebhaft ungewollte Wiedererleben von Aspekten des Erlebnisses steht in scheinbarem Widerspruch zu diesen Schwierigkeiten im willentlichen Abruf

### **Eigenschaften des intrusiven Wiedererlebens**

- Vor allem sensorische Eindrücke, die erlebt werden, als würden sie gerade im gegenwärtigen Moment geschehen
- Damit verbundene Gefühle und körperliche Reaktionen sind die gleichen wie während des Traumas
- Ungewolltes Wiedererleben wird durch sehr vielfältige Reize und Situationen ausgelöst

### **Therapeutische Strategien zur Flashback-Kontrolle**

- Identifizieren und Entfernung des Auslösers (Triggers)
- Bildschirmtechnik
- Affektmodulation
- Reorientierung (Grounding)

### **Dysfunktionale Verhaltensweisen und kognitive Verarbeitungsstile**

- Strategien zur Kontrolle der Bedrohung/Symptome sind dysfunktional, weil sie die PTB aufrechterhalten
- Erzeugen PTB-Symptome
- Verhindern eine Veränderung der negativen Interpretationen des Traumas
- Verhindern Elaboration des Traumagedächtnisses

### **Imaginatives Nacherleben des Traumas**

- Elaboration des Traumagedächtnisses und Identifikation und Veränderung der verschiedenen negativen Interpretationen des Traumas

### **Dysfunktionale Verhaltensweisen und kognitive Strategien**

- Gedankenunterdrückung
- Übertriebenes Sicherheitsverhalten
- Gefühle betäuben
- Alkohol/Drogen
- Ort des Geschehens vermeiden
- Kontakt zu Freunden abbrechen
- Bis spät in die Nacht wach bleiben
- Grübeln über das Trauma

### **EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)**

- Kombination belastender Erinnerungen mit beidseitiger Stimulation des Gehirns (Augen, Ohren oder Tastsinn)
- Nicht nur Desensibilisierung gegen belastende Gedächtnisinhalte sondern auch Hilfe zu einer Neuverarbeitung

## Die 8 Phasen der EMDR-Therapie

- **1. Behandlungsplanung**
- **2. Stabilisierung**
- **3. Bewertung des Erlebten:** sich den „schlimmsten Moment“ möglichst bildhaft vorstellen, einen negativen Gedanken fassen, der die Verletzung seines Selbstwertgefühls ausdrückt („ich bin schuld“), nach positiven Alternativen suchen („ich habe getan was ich konnte“), Grad der emotionalen Belastung und sein Körpergefühl einschätzen

## Datenlage

- 10 RCT belegen Wirksamkeit der DBT
- 2 RCT belegen Wirksamkeit TFP, je 1 ST und MBT
- ST gegen TFP zeigt Effektivität beider Verfahren und Überlegenheit von ST (Giessen-Bloo 2006)
- TFP vs DBT vs supportive Psychotherapie (Clarkin et al 2007). Schwache bis mittlere Effekte nach 2 Jahren, keine Unterschiede zwischen den Gruppen
- TFP=Transference focused therapy (Kernberg et al)
- DBT= dialektisch behaviorale Therapie (Linehan)
- MBT= mentalization based therapy (Bateman&Fonagy)
- ST= Schematherapie (Young)

## Die 8 Phasen der EMDR-Therapie

- **4. Restrukturieren und Desensibilisieren:** Konzentration auf das Erinnerungsbild („Täter mit Eisenstange“), den negativen Leitgedanken („ich bin hilflos“) sowie das begleitende Gefühl („Angst im Bauch“); gleichzeitig beginnt der Therapeut-meist über geführte Augenbewegungen –mit der bilateralen Stimulation

## Datenlage

- **Kontrollierte DBT-Studien:** Linehan (1991, 1993, 1999, 2002, 2006), Turner (2000), Koons (2001) Verheul (2003), Van den Bosch (2002), Bohus (2004):
- Senkung der Häufigkeit und Gefährlichkeit von Suizidversuchen und Selbstverletzungen, Reduktion von Wut, Impulsivität, Depressivität, Besserung der sozialen Funktionsfähigkeit

## Die 8 Phasen der EMDR-Therapie

- **5. Verankerung:** sobald der emotionale Druck der Erinnerung abnimmt, wird diese positiv neu bewertet („ich habe überlebt“) und ebenfalls durch Stimulation verstärkt
- **6. Körpertest:** Resten der Traumaerinnerung nachspüren
- **7. Abschluss**
- **8. Nachbefragung**

## Randomized Trial of Schema-Focused Therapy vs Transference-Focused Psychotherapy : Giesen-Bloo et al 2006

- Multicenter, randomized, 2-group design
- 88 Patienten (44 SF, 42 TFP)
- Behandlung über 3 Jahre, 2x wöchentlich
- Borderline Personality Disorder Severity Index, QoL, psychopathologic dysfunction, measures of SF/TFP personality concepts
- Both treatments effective, SF more effective than TFP for all measures

## Medikamentöse Therapie

- Keine spezifische Therapie für BPS, sondern syndromorientiertes Vorgehen bei:
- Stimmungsschwankungen, Angst
- Spannungszustände, Impulsivität, Wut
- Suizidalität
- Schlafstörungen
- Dissoziative Symptome
- Psychotische Symptome

## Ratgeber für Betroffene und Angehörige

- U.Schäfer, E. Rüther, U. Sachsse: Borderline-Störungen Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht 2006
- I. Sender: Ratgeber Borderline-Syndrom München, CIP-Medien 2005
- G.Niklewski, R. Riecke-Niklewski: Leben mit einer Borderline-Störung Stuttgart, Trias 2006
- JE Young, JS Klosko: Sein Leben neu erfinden Paderborn, Junfermann-Verlag 2006

## Medikamentöse Therapie

- Depression, Angst: SSRI, atyp.Neuroleptika
- Aggressivität, Impulsivität, Wut: SSRI, atyp.Neuroleptika, Valproinsäure
- Dissoziation: Naltrexon
- Schlafstörungen: Trazodon
- Psychotische Symptomatik: atyp. Neuroleptika

## Fachliteratur

- Bohus M, Schmahl C: Psychopathologie und Therapie der Borderline Persönlichkeitsstörung. Nervenarzt 2007;78:1069-1081
- Bohus M, Wolf-Arehult M (2013): Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten; Stuttgart, Schattauer
- Jacob G, Lieb K.: Borderline-Persönlichkeitsstörung; Psychiatrie und Psychotherapie up2date1, 2007:61-77
- Kapfhammer HP: Persönlichkeitsstörungen-Diagnostische Konzepte-Neurobiologie-Pharmakotherapie. Psychiatr Psychother 2008; 4/2: 37-57
- Linehan M (1996) Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline Persönlichkeitsstörung München, CIP-Medien
- Roediger E (2009): Praxis der Schematherapie; Stuttgart, Schattauer
- Schmucker M, Köster R (2014) Praxishandbuch IRRT ;Stuttgart, Klett-Cotta