

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	11
 I. Theoretischer Hintergrund	
1 Beschreibung der Störungsbilder	
<i>Sophie Reiske</i>	17
1.1 Borderline-Persönlichkeitsstörung	17
1.2 Substanzgebrauchsstörungen	23
1.3 Diagnostik der Komorbidität	25
1.4 Epidemiologische Befunde zur Borderline-Persönlichkeitsstörung	26
1.5 Komorbidität Borderline-Persönlichkeitsstörung und andere psychische Störungen	27
2 Störungsmodell – Borderline-Persönlichkeitsstörung und komorbide Substanzgebrauchsstörung	
<i>Julia Förster</i>	30
2.1 Die Rolle biologischer Faktoren bei der Entstehung von BPS	30
2.2 Die Rolle sozialer Faktoren bei der Entstehung der Störung	31
2.3 Die Eigendynamik der Substanzgebrauchsstörung im Rahmen des Ätiologiemo­dells	32
3 Entwicklung der DBT-S	
<i>Petra Zimmermann</i>	35
3.1 Stand der Therapieforschung zu DBT-S	36
3.2 Veränderungen in der Versorgungslandschaft	40

II. Therapie

4	Grundlagen der Dialektisch-Behavioralen Therapie und Erweiterungen in der DBT-S	
	<i>Sophie Reiske</i>	45
4.1	Grundlagen der DBT	45
4.2	Therapeutische Grundhaltungen und Motivation	45
4.3	Therapiestruktur und Prioritätensetzung	48
4.3.1	Die dynamische Hierarchisierung und Therapiestadien	48
4.3.2	DBT- und DBT-S-Behandlungsvertrag	60
4.4	Therapiemodule und ihre Erweiterung in der DBT-S	60
4.4.1	Einzeltherapie	60
4.4.2	Telefoncoaching	61
4.4.3	Skills-Training	62
4.4.4	Konsultationsteam	63
4.4.5	Supervision	64
4.5	Multiprofessionelle Behandlungsmöglichkeiten	64
4.5.1	Pharmakotherapie der BPS	64
4.5.2	Pharmakotherapie bei komorbider Substanzgebrauchsstörung	65
4.5.3	Substitution	65
4.5.4	Selbsthilfegruppen	66
5	Behandlungsstrategien und ihre Erweiterungen in der DBT-S	
	<i>Julia Förster</i>	68
5.1	Attachmentstrategien	69
5.2	Dialektische Strategien	70
5.3	Validierungsstrategien	71
5.4	Veränderungsstrategien	73
5.4.1	Selbstbeobachtung	73
5.4.2	Verhaltensanalysen/Rückfallanalysen	75
5.4.3	Aufbau von Alternativfertigkeiten (Skills)	78
5.4.4	Kontingenzmanagement	78
5.4.5	Kognitive Strategien	79
5.4.6	Expositionsverfahren	79
5.5	Commitmentstrategien	80
5.6	Strukturelle Strategien	81
5.7	Umgang mit Konsum während der Behandlung	83
5.8	Therapeutische Beziehung	84

6	DBT-S-Skills	
	<i>Petra Zimmermann, Brigitte Kraus und Thorsten Kienast</i>	86
6.1	Einführung und Umsetzung der DBT-S-Skills im Skills-Training	86
6.2	Beschreibung der DBT-S-Skills	88
6.2.1	Basisinformation	90
6.2.2	Einführung	94
6.2.3	Achtsamkeit	101
6.2.4	Stresstoleranz	113
6.2.5	Umgang mit Gefühlen	128
6.2.6	Zwischenmenschliche Fertigkeiten	134
6.2.7	Rückfallprävention	141

III. Praktische Umsetzung der DBT-S

7	Stationäres und tagesklinisches Therapiekonzept DBT-S	
	<i>Claudia Schmitt</i>	167
7.1	Die Station „St. Felicitas“ im St. Hedwig-Krankenhaus	168
7.2	Die stationäre und tagesklinische DBT-S-Flex-Behandlung	170
7.2.1	Vorbereitung auf die Therapie	170
7.2.2	Die Struktur der DBT-S-Flex-Therapie	173
7.2.3	Therapiebausteine	177
7.2.4	Umgang mit Konsum	180
7.2.5	Therapiepausen	183
7.2.6	Umgang mit therapiezerstörendem und den Therapiefortschritt behinderndem Verhalten	184
7.2.7	Umgang mit selbstverletzendem Verhalten	184
7.3	Hilfreiche Strukturen im Team	185
7.4	Abschließende Bemerkungen	186
8	DBT-S-Körpertherapie	
	<i>Christina Terán</i>	188
8.1	Ablauf der DBT-S-Körpertherapie	189
8.2	Aufbau der Körpertherapie-Stunden	191
8.2.1	Körperbezogene Stresstoleranz-Skills und Anti-Craving-Skills	193
8.2.2	Achtsamkeitsbezogene Körper-Skills	196
8.2.3	Umgang mit Gefühlen, zwischenmenschlichen Fertigkeiten und Selbstfürsorge	197
8.3	Einzeltherapie	202
8.4	Therapeutisches Klettern	202

9	DBT-S in der ambulanten Psychotherapie	
	<i>Petra Zimmermann</i>	206
9.1	Zugangswege zur Praxis und Voraussetzungen der Patient*innen	207
9.2	Behandlungsmöglichkeiten nach den Psychotherapierichtlinien	209
9.3	Die Vorbereitung der Behandlung	210
9.3.1	Psychotherapeutische Sprechstunde	210
9.3.2	Umgang mit Wartezeiten	214
9.3.3	Die probatorischen Sitzungen	214
9.3.4	Zielklärung und Commitment	216
9.3.5	Abschluss des DBT-S-Therapievertrags	220
9.4	Umsetzung der DBT-S-Behandlungsstrategien	221
9.4.1	Attachmentstrategien	221
9.4.2	Gruppen- und Einzel-Skills-Training	223
9.4.3	DBT-S-spezifische Themen in der ambulanten Einzeltherapie	224
9.5	Umgang mit Konsumvorfällen – dialektische Abstinenz	228
9.5.1	Verzögert aufgedeckter Konsumvorfall	229
9.5.2	Verdeckter Konsumvorfall	231
9.5.3	Konsumvorfälle oder Konsummuster?	232
9.5.4	Konsumvorfall und Lösungsanalyse	232
9.6	Die Arbeit im ambulanten Konsultationsteam	233
9.7	Kooperationen mit anderen Berufsgruppen	235
9.8	Dauer der ambulanten DBT-S-Behandlung	235
10	Fester Stand bei maximaler Flexibilität – Konzept für eine komplementäre DBT-S-Einrichtung	
	<i>Daniela Reich</i>	237
10.1	Einführung	237
10.2	Komplementäre DBT-S-Behandlungseinheit – Rahmenbedingungen, Personalstruktur, Zugang	239
10.3	Grundlagen der Betreuung	240
10.4	Behandlungskonzept	241
10.5	Skills-Training	246
10.6	Besondere Attachmentstrategien	248
10.7	Umgang mit Aggressionen, Gewaltandrohungen und Gewaltausübung ..	249
10.8	Fallbeispiel	253
11	„DBT-Sucht“ mit Opiatabhängigen	
	<i>Brigitte Kraus</i>	256
11.1	DBT-S als Angebot	257
11.2	Durchführung DBT-S	257
11.3	Erfahrungen	259

12	Implementierung eines DBT-S-Konzeptes	
	<i>Thorsten Kienast</i>	261
12.1	Implementierungsprozesse in verschiedenen Konstellationen	261
12.2	Der Weg zum routinierten DBT-S-Bereich – ein Change-Management-Prozess	265
12.3	Die sechs häufigsten Irrtümer über das DBT-S-Konzept	269
13	Ausblick	271
	Literatur	273
	Anhang	
	Hinweise zu den Online-Materialien	283
	Die Autorinnen und Autoren des Bandes	285

Einleitung

Für die Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) mittels der in den 1980er Jahren von Marsha Linehan (Universität of Washington, Seattle, USA) entwickelten Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) kann auf gut ausgearbeitete Literatur im deutschsprachigen Raum zurückgegriffen werden. Die DBT erfuhr im Laufe ihrer Weiterentwicklung verschiedene Adaptationen an Komorbiditäten wie Posttraumatische Belastungsstörung, Essstörung, AD(H)S, um nur einige zu nennen. Im vorliegenden Buch wird erstmalig im deutschsprachigen Raum eine Anpassung der DBT für die Behandlung von Betroffenen einer BPS und einer gleichzeitig bestehenden Substanzgebrauchsstörung praxisnah vorgestellt. Die Notwendigkeit, diese Komorbidität explizit zu berücksichtigen, ergibt sich aus der Beobachtung, dass ca. 78 % der Menschen mit einer BPS zusätzlich im Laufe ihres Lebens eine Substanzgebrauchsstörung entwickeln (Kienast et al., 2014) und einer Behandlungsform bedürfen, die beiden Problemlagen gleichermaßen gerecht wird. Für die Entwicklung der DBT-Sucht (DBT-S) legten Linehan und Dimeff mit dem 1997 erstellten unveröffentlichten Manuskript zu DBT-S einen Grundstein, der die Basis für nachfolgende Studien darstellte.

Die Autor*innen dieses Buches bilden auf der Basis ihrer DBT-S-Behandlungserfahrung seit vielen Jahren eine Arbeitsgruppe (Referat DBT-S des Dachverbands DBT), die im deutschsprachigen Raum Anpassungen, Implementierungen und die Weiterentwicklung der DBT-S für verschiedene Behandlungssettings vorantrieb und begleitete. Mit dem Buch ist der Wunsch verbunden, die Erfahrungen und Fallstricke in der Umsetzung der DBT-S zur Verfügung zu stellen. Dies in dem Bewusstsein, dass fortlaufender Austausch mit Patient*innen, Kolleg*innen und die Berücksichtigung von Forschungsergebnissen eine stetige Weiterentwicklung bedeuten wird.

Die Therapie der BPS mit gleichzeitiger Substanzgebrauchsstörung stellt für Betroffene und Behandelnde eine Herausforderung dar. Im ersten Teil des Buches werden zunächst zentrale Aspekte der BPS und der Substanzgebrauchsstörung, Besonderheiten dieser Komorbidität und das zugrunde liegende Ätiologiemodell beschrieben (vgl. Kapitel 1 und 2). In Kapitel 3 wird auf die Veränderungen in der Versorgung dieser Patient*innengruppe eingegangen und es wird der bisherige Forschungsstand zur DBT-S dargestellt.

Der zweite Teil des Buches ist der Therapie gewidmet. Ausgehend von der Standard-DBT werden die Erweiterungen in der DBT-S erläutert. Zentral ist die dialektische Ausrichtung. Im Sinne eines „sowohl als auch“ bedeutet Dialektik in der DBT das Akzeptieren von Widersprüchen als scheinbar unvereinbare Positionen. Linehan (1996) führte das Bild einer Wippe ein, bei der sich Patient*in und Therapeut*in analog widersprüchlich wirkender Positionen gegenüberstehen. Beide bewegen sich in der Behandlung vor und zurück, balancieren aus und bewegen sich hin zur Mitte, verhandeln eine gemeinsam getragene Position. Die Dialektik zeigt sich sowohl im Fokus auf Veränderung von Erleben und Verhalten als auch in der Akzeptanz beispielsweise sehr schmerzhafter Gefühle in der Therapie. Sie findet sich in der therapeutischen Grundhaltung wie z. B. der dialektischen Abstinenz bei zusätzlicher Substanzgebrauchsstörung, der Beziehungsgestaltung und im sogenannten Konsultationsteam wieder. Ohne Rigidität anzustreben, bietet DBT eine Struktur mit verschiedenen Therapiemodulen, die für die DBT-S erweitert und an Besonderheiten der Substanzgebrauchsstörung angepasst wurden. Vor Therapiebeginn werden transparente Absprachen getroffen. Mithilfe von Attachmentstrategien soll die Bindung an die Therapie erhöht werden, wenn diese zunächst in erlebter Konkurrenz mit den Suchtstoffen steht. Patient*innen mit einer BPS und einer Substanzgebrauchsstörung gelten aufgrund dieser Komorbidität als besonders belastet. Die daraus entstehende Fülle an gleichzeitig dringenden Anliegen und Problemverhaltensweisen in der Behandlung kann überfordern. Die aus der Standard-DBT bekannte dynamische Hierarchisierung des jeweiligen Behandlungsfokus erlaubt hier Prioritäten im Vorgehen zu setzen und berücksichtigt in der DBT-S zusätzlich substanzbezogene Problemverhaltensweisen. Des Weiteren schafft sie eine Struktur, um entlang des Fortschritts in der Therapie zwischen verschiedenen Stadien zu wechseln. Die DBT-S ist nicht ohne die Themen Commitment zur Abstinenz und Konsumvorfälle denkbar. Das Vorgehen muss vielen Aspekten, u. a. der Eigendynamik einer Substanzgebrauchsstörung, den Commitmentmöglichkeiten der Patient*innen, dem Umgang mit verdeckten Rückfällen sowie dem Aufbau eines wirksamen Kontingenzmanagements, gerecht werden.

Ein umfangreiches DBT-S-Fertigkeitentraining (Skills-Training) wird im Kapitel DBT-S-Skills mit Informations- und Arbeitsblättern vorgestellt. Es beinhaltet spezifische, auf eine zusätzliche Substanzgebrauchsstörung abgestimmte, Fertigkeiten. Das Kapitel orientiert sich in seiner Systematik an den Modulen des Fertigkeitentrainings in der Standard-DBT. Es kann als eigenes DBT-S-Skills-Programm oder mit ausgewählten Materialien bedarfsorientiert genutzt werden. Neben didaktischen Ideen werden Erfahrungen aus der Vermittlung für jede dieser DBT-S-Fertigkeiten beschrieben. Beispielhaft ausgefüllte Arbeitsblätter verdeutlichen ihren Einsatz.

Ein Herzstück des Buches bildet die praktische Umsetzung der DBT-S in den verschiedenen Settings, die exemplarische Praxisbeispiele darstellen. Anschaulich

wird das Vorgehen in einem stationären und teilstationären, sogenannten DBT-S-Flex-Programm vorgestellt. In diesem Rahmen wird in einem separaten Kapitel die DBT-S-bezogene Ausgestaltung der Körpertherapie mit konkreten Übungen im Raster der Skills-Module dargelegt. Ein weiteres Kapitel widmet sich der ambulanten DBT-S-Behandlung und illustriert diese anhand eines konkreten Behandlungsfalles mit Beispieldialogen. Die soziale Arbeit im betreuten Wohnen erfordert pragmatisches und konkretes Handeln. Wie werden die mit dem Klientel verbundenen Herausforderungen im Rahmen einer komplementären DBT-S-Behandlungseinheit eines Trägers der Drogenhilfe bewältigt? Erfahrungen mit DBT-S in einer Methadonambulanz mögen einladen, dieses Vorgehen in dem Bereich weiter zu etablieren.

Vielleicht ist bei Ihnen während des Lesens der Wunsch entstanden, DBT-S in ihrem Behandlungssetting zu implementieren, vielleicht befinden Sie sich gerade in diesem Implementierungsprozess und sehen sich mit Fragen und Unsicherheiten konfrontiert. Ein Leitfaden für diesen Prozess legt Erfahrungen, Herausforderungen und gefundene Lösungen aus verschiedenen Blickwinkeln und für verschiedene Settings dar.

Bei der Erstellung des Buches haben wir verschiedene Varianten einer gendergerechten Sprache diskutiert. Das Buch sollte gut lesbar sein, aber keine Bevölkerungsgruppe benachteiligen. In diesem dialektischen Spannungsfeld haben wir uns für den Gender-Star und den Versuch, gendergerechte Formulierungen zu nutzen, entschieden. Auch hier eine Herausforderung.

Unser Dank gilt unseren Patient*innen. Sie sind der Grund für dieses Buch. Sie ermöglichen uns ein vertieftes individuelles Verstehen und fortschreitendes Miteinander-Lernen in der Anwendung und Weiterentwicklung der Methoden.

Des Weiteren danken wir unseren Kolleg*innen für ihre Anregungen und Hilfestellungen beim Erstellen dieses Buchs, insbesondere Dorothee Pink und Hans Gunia für ihre zahlreichen fachlichen Rückmeldungen, Sandra Schauen, Sabine Koch, Wolf-Peter Stiffl, Lisa Kleint, Christian Stiglmayr, Rita Schmitt sowie Henrieke Joouval v. Hoerner.

Vom Hogrefe Verlag danken wir Susanne Weidinger für die sehr kompetente Unterstützung bei der Erstellung des Buches und Martina Hindermann, die geduldig alle unsere Fragen beantwortete.

Unser persönlicher Dank gilt denen, die uns im Herzen besonders nahe sind: Justus, Antonia und Klas Förster, Johannes Seib, Lotta, Ben, Lenie und Johannes Reiske, Heike Harms, Reiner und Jonas Marxsen sowie Christiane Quadflieg. Sie haben auf Zeit mit uns verzichtet und unser Vorhaben mit ihren Möglichkeiten unterstützt.

Berlin, Frühjahr 2021

Petra Zimmermann, Julia Förster und Sophie Reiske

I. Theoretischer Hintergrund

1 Beschreibung der Störungsbilder

Sophie Reiske

Im Folgendem werden zuerst die Diagnosekriterien für die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) und die Merkmale Substanzgebrauchsstörung erläutert, um dann auf die Kombination beider Störungen und die hieraus resultierenden Probleme für die betroffenen Menschen und therapeutisch arbeitenden Berufsgruppen einzugehen.

1.1 Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) beschreibt, wie dies für jede Persönlichkeitsstörung gilt, eine tiefgreifende Veränderung im Erleben und Verhalten eines Menschen. Die ICD-10 (International Classification of Diseases der WHO) und das DSM-5 (Diagnostisches und Statistisches Manual der amerikanischen Psychiatergesellschaft, Version 5) stellen die Grundlage der relevanten Diagnostik dar. In der sich auf Deutsch in Vorbereitung befindlichen 11. Auflage der ICD werden die Persönlichkeitsstörungen in ein dimensionales Modell überführt und in verschiedene Schweregrade unterteilt. Dabei wird es weiterhin die Möglichkeit geben, eine Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus zu diagnostizieren. Zukünftige Darstellungen der Persönlichkeitsstörung in der ICD 11 finden sich anschaulich im Buch Persönlichkeitsstörungen von Renneberg und Herpertz (2021) erläutert. Tabelle 1 zeigt die Diagnosekriterien der BPS nach DSM-5 und ICD-10 (vgl. auch Bohus, 2019). Nach DSM-5 müssen für die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung mindestens fünf der neun beschriebenen Kriterien erfüllt sein.

Tabelle 1: Diagnosekriterien für BPS nach DSM-5 (APA/Falkai et al., 2018) und ICD-10 (Dilling et al., 2016)

DSM-5 – Borderline- Persönlich- keitsstörung¹

Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und das Muster zeigt sich in verschiedenen Situationen. Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

¹ Abdruck erfolgt mit Genehmigung aus der deutschen Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition © 2013, Dt. Ausgabe: © 2018, American Psychiatric Association. Alle Rechte vorbehalten.

Tabelle 1: Fortsetzung

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verzweifelt Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden. (<i>Beachte:</i> Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.) 2. Ein Muster instabiler und intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist. 3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung. 4. Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Essanfälle“). (<i>Beachte:</i> Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.) 5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten. 6. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z. B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern). 7. Chronische Gefühle von Leere. 8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen). 9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.
<p>ICD-10 – Emotional instabile Persönlichkeitsstörung – Borderline-Typus (F60.31)</p>	<ol style="list-style-type: none"> A. Die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung (F60) müssen erfüllt sein. B. Mindestens drei der unter F60.30 B erwähnten Kriterien müssen vorliegen und zusätzlich mindestens zwei der folgenden Eigenschaften und Verhaltensweisen: <ol style="list-style-type: none"> 1. Störungen und Unsicherheit bzgl. Selbstbild, Zielen und „inneren Präferenzen“ (einschließlich sexueller) 2. Neigung sich auf intensive, aber instabile Beziehungen einzulassen, oft mit der Folge von emotionalen Krisen. 3. übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden. 4. wiederholt Drohungen oder Handlungen mit Selbstschädigung 5. anhaltende Gefühle von Leere.

Diese Kriterien der BPS lassen sich in drei Dimensionen einordnen, die sich wechselseitig beeinflussen (Bohus, 2019; Stiglmayr & Gunia, 2017):

1. Störung der Affektregulation,
2. Störung der Identität,
3. Störung der sozialen Interaktion.

Störung der Affektregulation

Die Beeinträchtigung der Affektregulation steht im Mittelpunkt der BPS-Problematik (Bohus, 2019). Bei vielen Menschen mit BPS werden rascher intensive und länger andauernde Emotionen als bei Gesunden ausgelöst (Bohus, 2019). Gemäß der Annahme einer biologischen Disposition (vgl. Kapitel 2) verfügen sie über eine niedrige emotionale Reizschwelle, ein damit einhergehendes hohes emotionales Erregungsniveau, sowie eine verlangsamte Beruhigung auf das ursprüngliche Erregungsniveau. Diese Störungen der affektiven Prozesse beeinflussen fast alle Symptome der BPS. Im Bereich der Affekte erleben Menschen mit einer BPS daher häufig vielfältige und starke Emotionen, die sie jedoch unter starkem Stress nicht differenziert wahrnehmen können, und die sich dann in diffusen und aversiven Spannungszuständen äußern (Bohus, 2019; Lieb et al., 2004; Stiglmayr, 2003; Stiglmayr & Gunia, 2017). Deswegen leiden die Betroffenen unter starken, als unangenehm erlebten Gefühlen, die sich in depressiven Episoden, in Wutausbrüchen, Angst- und Panikzuständen ausdrücken können (Linehan, 1996; Lieb et al., 2004). Durch eine übermäßige Reaktivität der Stimmung kommt es zu intensiven Stimmungsschwankungen, während derer die Betroffenen sehr schnell von einem Gefühlszustand zu einem nächsten, oftmals auch zu einem widersprüchlichen Gefühlszustand, wechseln (Renneberg, 2001). Dies kann mehrmals am Tag vorkommen und geschieht oftmals ohne erkennbaren situativen Auslöser (Lieb et al., 2004). In diesen Hochstressphasen ist das logische und planvolle Denken sowie die Selbstreflexion stark eingeschränkt. Die Betroffenen möchten diese belastenden Spannungszustände möglichst schnell beenden. Hierzu werden meist kurzfristig wirksame, aber leider dysfunktionale Strategien eingesetzt, wie zum Beispiel Selbstverletzungen, Hochrisikoverhalten und Intoxikationen (Bohus, 2019).

„Die meisten manifesten Probleme auf der Verhaltensebene können als unmittelbare Folgen von Störungen der Emotionsregulation verstanden werden oder als dysfunktionale Bewältigungsstrategien“ (Bohus, 2019, S. 7f.). Auf der Verhaltensebene zeigen sich vor allem impulsive Verhaltensmuster. Am bekanntesten ist das selbstverletzende Verhalten, welches laut Petermann und Winkel (2005) „... nicht mit suizidalen Absichten einhergeht“ (S. 23). Selbstverletzende, lebensbedrohliche Verhaltensweisen können zum Beispiel sein: sich schneiden, den Kopf

oder die Faust gegen die Wand schlagen, sich verbrennen, sich verätzen, spitze Gegenstände schlucken oder Reinigungsmittel trinken. Bei fast 80 % der Selbstverletzungen nehmen die Betroffenen den Schmerz kaum wahr. Viele berichten einen Zustand von Ruhe und Entspannung, meist stellt sich das Schmerzempfinden erst nach 20 Minuten wieder ein (Bohus, 2019). Teilweise wird Selbstverletzung auch zur Aufhellung der Stimmung eingesetzt, bei ca. 20 % der Betroffenen ist dies der Fall (Bohus, 2019).

In der Behandlung von Menschen mit BPS spielt die Suizidalität eine wichtige Rolle. „Jüngere Untersuchungen zeigen jedoch, dass die Rate an erfolgreichen Suiziden – zumindest bei behandelten Populationen – im Vergleich zu anderen psychischen Störungen relativ niedrig ist“ (Bohus, 2019, S. 61). Bohus gibt eine Suizidrate von unter 1 % an, die bei Nachuntersuchungen seiner eigenen Arbeitsgruppe 16 Jahre nach der Behandlung mit DBT erfasst wurde. In einer Langzeituntersuchung von Zanarini et al. (2015) wurde die Suizidrate bei unspezifisch behandelten Menschen mit BPS unter 4 % angegeben.

Die Zahl der Suizidversuche ist mit 66 % allerdings hoch und die drängenden Suizidgedanken oft sowohl eine Belastung für die therapeutisch arbeitenden Berufsgruppen als auch für die Menschen mit BPS selbst (Bohus, 2007; Bohus, 2019). Viele Betroffene berichten, schon im Kindesalter Suizidfantasien gehabt und diese zur Emotionsregulation eingesetzt zu haben, meist in belastenden Situationen. Hierdurch ließ sich die als unerträglich erlebte Gegenwart besser aushalten. Diese gedankliche Flucht aus der belastenden Realität kann sich mit der Zeit immer weiter automatisieren, die erlebte Entlastung führt zu einer Konditionierung, so dass Suizidgedanken automatisch auftauchen, sobald sich die Betroffenen in einer belastenden Situation befinden. Teilweise werden die Suizidgedanken dann von den Betroffenen selbst als beängstigend und nicht kontrollierbar erlebt (Bohus, 2019).

Eine weitere dysfunktionale Bewältigungsstrategie stellt das Hochrisikoverhalten (z. B. Balancieren in großer Höhe, riskantes Verhalten im Straßenverkehr) dar, bei dem Verletzungen in Kauf genommen werden.

Impulsive Verhaltensweisen als weiteres diagnostisches Kriterium beschreiben den in diesem Buch angesprochenen Substanzmissbrauch, Ess-Brechanfälle sowie impulsives sexuelles Verhalten (Promiskuität) (Bohus, 2019; Sipos & Schweiger, 2003). Sie bilden weitere Versuche aversiv erlebte Spannungszustände zu reduzieren oder Dissoziation abzuschwächen.

Unter dem Kriterium der Dissoziation wird die „Desintegration der normalerweise integrativen Funktionen des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Identität oder der Wahrnehmung der Umwelt“ verstanden (APA, 1994/1996, zit. nach Stiglmayr, 2003, S. 39). Es entstehen plötzliche Zustände „emotionaler Taubheit“, in denen Patient*innen keinerlei Gefühlserleben haben (Bohus, 2019). Häufig, aber nicht

ausschließlich, kommen diese stressassoziierten, dissoziativen Symptome bei traumatisierten Betroffenen vor (Bohus, 2019).

Die dissoziativen Phänomene werden beispielsweise als „Depersonalisation“ bezeichnet, dies beschreibt eine veränderte, als unwirklich erlebte Wahrnehmung der eigenen Person. „Derealisation“, beinhaltet eine veränderte Raum-/Zeitwahrnehmung (Bohus, 2019; Sipos & Schweiger, 2003; Stiglmayr, 2003). Im Rahmen der Dissoziationen kommt es zu kognitiven Fehlregulationen, diese zeigen sich bei bis zu 60 % der Menschen mit BPS (Bohus, 2019). Gleichzeitig oder auch zusätzlich kann es zu Veränderungen der sensorischen Wahrnehmung, sogenannten somatoformen dissoziativen Zuständen kommen (Bohus, 2019). Diese dissoziativen Zustände gehen meist mit den oben beschriebenen Spannungszuständen einher (Stiglmayr, 2003).

Das Kriterium der durch Belastung ausgelösten, paranoiden Vorstellungen wird im DSM-5 zusammen mit schweren dissoziativen Symptomen genannt. Psychotische Symptome wurden auch bei Menschen mit BPS gefunden, diese sagen nicht unbedingt eine Entwicklung einer psychotischen Störung voraus. Eine genaue diagnostische Abklärung ist hier notwendig (Barnow et al., 2010).

Ungefähr 25% der Menschen mit BPS berichten von Pseudohalluzinationen (Bohus, 2019). Hier werden vor allen akustische und optische Illusionen beschrieben, die den Betroffenen allerdings als solche bewusst sind. Bei 14% der Menschen mit BPS zeigen sich diese halluzinatorischen Symptome über einen Zeitraum von zwei Tagen oder länger.

Störung der Identität

Das Kriterium der Instabilität des Selbstbildes kann als weiteres Symptom hinzukommen. Diese Unklarheit in der Identität zeigt sich im häufigen Wechsel der Ziele und Prioritäten und beeinträchtigt dadurch den alltäglichen Umgang mit nicht eindeutigen Situationen und in sozialen Beziehungen. Diese Instabilität der Identität wird häufig in Abhängigkeit von unterschiedlichen Bezugspersonen deutlich. Betroffene gehen zum Beispiel in einer einzigen sozialen Rolle auf oder haben Probleme, eine soziale Rolle mit den darin enthaltenen Ansprüchen an die Person anzunehmen. Es kann das Gefühl entstehen, sich darin zu verlieren (Stiglmayr & Gunia, 2017). In diesem Zusammenhang berichten Patient*innen oft davon, sich ihrem Gegenüber anzupassen und dessen Werte und Vorstellungen zu übernehmen. Auch wird ein Gefühl der Zerrissenheit beschrieben. „Die Ätiologie dieser selbstbezogenen Identitätsstörung ist unklar und Gegenstand vielfältiger theoretischer Überlegungen“ (Bohus, 2019, S. 10). Das häufig beschriebene Kriterium der chronischen inneren Leere, eine Unverbundenheit mit sich selbst, wird ebenfalls der Identitätsstörung zugeordnet (Bohus, 2019).

Störung der sozialen Interaktion

Häufig zeigen Menschen mit BPS deutliche Schwierigkeiten in interpersonellen Beziehungen. Sie gehen zumeist intensive Beziehungen ein, die oft durch eine Dysregulation von Nähe und Distanz geprägt sind (Bohus, 2019; Stiglmayr & Gunia, 2017). Typischerweise zeigt sich ein schneller Wechsel zwischen Idealisierung und Abwertung des Gegenübers, der mit einer unangemessenen Nähe und Distanzregulation einhergeht (Stiglmayr & Gunia, 2017).

Das Kriterium der übermäßigen Angst, verlassen zu werden, steht dabei meist im Vordergrund. Es kann sein, dass Abwesenheit mit realer Verlassenheit verwechselt wird und verzweifelte Anstrengungen unternommen werden, um nicht allein gelassen zu werden. Es wird versucht, die Person dauerhaft an sich zu binden, zum Beispiel durch ständiges Anrufen, SMS schreiben oder sich an der Person festklammern (Bohus, 2019; Lieb et al., 2004; Sipos & Schweiger, 2003). Gleichzeitig können Gefühle von Nähe und Geborgenheit bei den Betroffenen ein starkes Empfinden von Angst, Schuld oder Scham auslösen (Bohus, 2019). Aufgrund von befürchtigtem Verlust initiieren Menschen mit BPS oft heftige Auseinandersetzungen. Häufig kommt es zu spontanen Beziehungsabbrüchen, die von intensiven Bemühungen einer Widerannäherung gefolgt sein können. Somit werden Beziehungen von den Betroffenen oftmals als chaotisch und instabil erlebt. Gleichzeitig besteht bei den Betroffenen eine starke Angst vor sozialer Zurückweisung und Abwertung, weshalb sie Schwierigkeiten haben, Vertrauen aufzubauen. So fühlen sich die Betroffenen oft ausgeschlossen und erleben Misstrauen gegenüber Sozialpartner*innen.

Auf der kognitiven Ebene treten häufig extreme Einstellungen und Ideen auf, hierzu zählen nach Beck und Freeman (1999) vor allem die folgenden drei Grundannahmen: „Die Welt ist gefährlich und feindselig“, „Ich bin machtlos und verletzlich“, „Ich bin von Natur aus inakzeptabel“ (S. 163). Dies drückt übermäßiges Misstrauen und Argwohn aus, was jedoch kein psychotisches oder wahnhaftes Erleben darstellt (Lieb et al., 2004).

Dichotomes Denken oder das sogenannte Schwarz-Weiß-Denken ist eine weitere kognitive Verzerrung (Beck & Freeman, 1999), die besonders häufig bei Menschen mit einer BPS zu sehen ist. Hierbei erfolgt eine Bewertung, in sich gegenseitig ausschließenden Kategorien, welche teilweise zu extremen Reaktionen führt, die auf andere Menschen irritierend wirken. Ein Beispiel wäre die Grundannahme „Wer mich wirklich kennt, kann mich nicht mögen“.

Beim Erleben von starken emotionalen Spannungszuständen ist es für die Betroffenen meist nicht möglich, geeignete soziale Problemlösestrategien anzuwenden. Stattdessen zeigen und erfahren Menschen mit BPS unkontrollierbare emotionale Reaktionen und fühlen sich diesen ausgeliefert (Linehan, 1996; Sipos & Schweiger, 2003).