

Dialektische Verhaltenstherapieelemente in der existenzanalytisch geprägten stationären Krisenintervention mit suizidalen Borderline-Patienten

Rupert Dinhobl¹, Ursula Aistleitner¹, Martin Plöderl^{1,2,3} und Clemens Fartacek^{1,2,3}

Zusammenfassung

In diesem Beitrag stellen wir ein Konzept zur Behandlung von Patienten mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung vor, das im Sonderauftrag für Suizidprävention der Christian-Doppler-Klinik (Salzburg) gemeinsam von pflegerischer, ärztlicher und psychologisch/psychotherapeutischer Seite entwickelt wurde. Es entstand aus der leidvollen Erfahrung, dass bereits wenige Borderline-Patienten genügten, um Chaos in der Station zu erzeugen. Basierend auf existenzanalytischer Grundhaltung wurden für dieses Konzept Elemente der Dialektisch - Behavioralen-Therapie nach Marsha Linehan übernommen und adaptiert. Wir gehen auf die Besonderheiten des Konzeptes aus existenzanalytischer Sicht ein, was auch für die ambulante Borderline-Therapie wichtig sein könnte.

Schlüsselwörter: Borderline Persönlichkeitsstörung, Dialektische Verhaltenstherapie, Suizid, Krisenintervention, Existenzanalyse

Elements of Dialectical Behavioral Therapy in the Existential Analytically Oriented Crisis Intervention with Suicidal Inpatient Borderline Patients

Abstract

In this paper we introduce a treatment concept for patients with a Borderline Personality Disorder. The concept was developed within the Department for Suicide Prevention at Salzburg's Christian Doppler Clinic by nurses, psychiatrists, psychotherapists and clinical psychologists. It was a result of the painful experience that the presence of only a few borderline patients could bring substantial chaos in our department. Based on our existential analytic position we introduced and adapted elements of the Dialectical Behavioral Therapy by Marsha Linehan. In this paper we focus on the specialities of this concept from an existential analytical viewpoint. This may also be important for the outpatient borderline treatment.

Key Words: Borderline Personality Disorder, Dialectical Behavior Therapy, Suicide, Crisis Intervention, Existential Analysis

¹ Sonderauftrag für Suizidprävention, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie I, Christian Doppler Klinik

² Forschungsprogramm Suizidprävention, Paracelsus Privatmedizinische Universität Salzburg

³ Universitätsinstitut für Klinische Psychologie, Christian Doppler Klinik Salzburg

Hintergrund

Patienten mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS) leiden gerade in suizidalen Krisen unter unerträglichen emotionalen Zuständen. Die Behandlung von BPS Patienten hat unser Team immer wieder an den Rand des Chaos gebracht, unter anderem durch die bekannten erschwerenden Begleiterscheinungen der BPS: Komorbiditäten (z.B. depressive Erkrankungen, Angststörungen, Posttraumatische Belastungsreaktionen, Essstörungen, Substanzmissbrauchsstörungen & Abhängigkeit), ungünstige soziale Variablen (z.B. oft desolate finanzielle Verhältnisse, Wohnungsprobleme, wenig soziale Unterstützung, schwierige familiäre Situationen), destruktive Spaltungsprozesse im stationären Setting, Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene, häufige Therapieabbrüche (BPS-Patienten wechseln im Schnitt fünf mal den Therapeuten), impulsive Verhaltensweisen (z.B. Impulsdurchbrüche, aggressive Verhaltensdurchbrüche, Alkohol- & Drogenexzesse), Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten (7). All diese Faktoren, und besonders deren Kumulation, erschweren die psychotherapeutische Arbeit mit BPS-Patienten erheblich und lassen sie in manchen Zeiten der Therapie sogar als unmöglich erscheinen.

Es sind insbesondere die Suizidalität und selbstverletzendes Verhaltensweisen, die im ICD-10 (18) und DSM-IV (1) eigens als Kriterium der BPS angeführt werden, welche Behandelnde oft unter Druck setzen. Langzeitstudien zeigen, dass sich etwa zehn Prozent der Menschen mit BPS suizidieren (14), was sie zur Hochrisikogruppe macht. Anderes als Suizidalität, die sich als Zuspitzung klassischer Krisenfälle zeigt, erscheint Suizidalität bei BPS-Patienten in einem anderen Licht. Sie wird als chronisch, funktionell, oft auch manipulativ oder ich-synton erlebt (15, 17). Suizidgedanken, -drohungen und nur zu oft Suizidversuche sind auch der Grund, weshalb Klienten mit BPS häufig stationären Kriseninterventions- bzw. Suizidpräventionseinrichtungen, wie der unseren, *lege artis* zugewiesen werden. Jedoch gibt es keine harten Fakten für die suizidverhindernde Wirkung von stationären Settings bei BPS-Patienten, sie könnten sogar durch regressive Prozesse kontraproduktiv sein (15). Diese Erfahrung mussten auch wir des Öfteren an unserer Station machen. Es entstand manchmal der Eindruck, dass unserer stationäre Kriseninterventionsarbeit bei manchen BPS-Patienten Suizidalität nicht nur nicht reduziert sondern sogar erhöht, was die Gefahr der Hospitalisierung verdeutlicht. In dieser schwierigen Situation, zumal die Anzahl der BPS Patienten ständig zunahm, machten

Mitarbeiter aus dem Pflege- und Therapeutenteam Zusatzausbildungen in Dialektisch Behavioraler Therapie nach Linehan (10, 11), deren empirische Wirksamkeitsevidenz beeindruckend ist (Überbl. in 7).

Dialektische Verhaltenstherapie (DBT)

Die DBT ist ein manualisiertes und störungsspezifisches Verfahren zur Behandlung der BPS. Sie kann durchaus als eklektisch beschrieben werden, da sie auf Elementen der Verhaltenstherapie, kognitiven Therapie, Gestalttherapie, Hypnotherapie und Zen-Meditation aufbaut.

Grundannahmen und Haltungen in der DBT

Die in der DBT explizit formulierten Grundannahmen über Patienten sollen die Therapie-Compliance steigern (2): (a) Borderline-Patienten versuchen das Beste aus ihrer gegenwärtigen Situation zu machen und wollen sich bessern; (b) *wenn* sich der Patient besser verhalten könnte, würde er es tun; (c) BPS-Patienten müssen sich stärker anstrengen, härter arbeiten und stärker motiviert sein, um sich zu verändern. Dies ist ungerecht; (d) BPS-Patienten haben ihre Probleme in der Regel nicht alleine verursacht, aber sie müssen sie selbst lösen; (e) das Leben suizidaler BPS-Patienten ist so, wie es gegenwärtig gelebt wird, in der Regel unerträglich; (f) BPS-Patienten müssen neues Verhalten im relevanten Kontext erlernen (Anwendung der Skills in belastenden Situationen oder Krisen); (g) nicht BPS-Patienten, sondern nur das therapeutische Konzept, die Supervision oder die mangelhafte Ausbildung der Therapeuten können versagen; (h) Therapeuten, die mit BPS-Patienten arbeiten, brauchen Unterstützung (fachlich und emotional). Eine Grundhaltung durchzieht die gesamte Borderline-Therapie: die *RADIKALE AKZEPTANZ*.

Die DBT richtet sich auf die Störung der Emotionsregulation von Borderline Patienten. Diese wirkt sich wie folgt aus (2): (a) BPS-Patienten sind sensibler auf emotionale Reize und leichter von Gefühlen ansteckbar; (b) ihre Gefühle sind stärker ausgeprägt und werden intensiver erlebt; und (c) die Emotionen halten länger an. Das impulsive und selbstschädigende Verhalten von BPS wird dazu verwendet mit diesen schmerzhaften Gefühlen umzugehen. Die DBT setzt im Wesentlichen einerseits an der Reduktion der emotionalen Dysregulation und andererseits am Training von Skills für den Umgang mit Emotionen an (12).

Das Herzstück der DBT ist neben den Behandlungsmodulen Einzeltherapie, Telefonberatung und Supervision die sogenannte Skillsgruppe, die in die fünf Bereiche Achtsamkeit (sich selbst und den Augenblick annehmen), Stresstoleranz (Krisen und Hochstressphasen bewältigen und vorbeugen), Umgang mit Gefühlen (Gefühle wahrnehmen und sinnvoll steuern), Zwischenmenschliche Skills (stabile Beziehungen aufbauen) und Selbstwert (das

Selbstwertgefühl verbessern) (3). Als Skills werden grundsätzlich jene Verhaltensweisen bezeichnet, die in einer schwierigen Situation kurzfristig wirksam und dabei langfristig nicht schädlich sind (Alkoholkonsum zur Lösung von inneren Spannungszuständen, wäre dementsprechend kein Skill) (2).

Der Behandlungskontext am Sonderauftrag für Suizidprävention

An unserer Station arbeitet ein multiprofessionelles Team aus psychiatrischem Pflegepersonal, Psychiatern und Psychologen bzw. Psychotherapeuten, wobei letztere eine starke existenzanalytische Prägung haben. Diese spiegelt sich auch im Konzept der im Schnitt zwei- bis dreiwöchigen Krisenintervention wieder (13). Im Folgenden soll gezeigt werden, wie Elemente der DBT in einer existenzanalytischen Weise hilfreich in die akute Behandlung von Menschen mit einer BPS integriert und mit dem existenzanalytischen Gedankengut in den Dialog gebracht werden können. Wir haben dazu in einer interdisziplinären Arbeitsgruppe ein Konzept entwickelt, in dem gewisse Elemente der DBT für unser stationäres bzw. tagesklinisches Kriseninterventionskonzept angepasst wurden. Diese fanden Eingang in die sogenannte „Blaue Mappe“, eine A4-Ringmappe mit Arbeitsblättern. Die Blaue Mappe wurde auf der Station mittlerweile ein Symbol für die spezielle, von der DBT geprägte Arbeitshaltung.

Existenzanalyse und Elemente der DBT im Dialog

Im Folgenden werden die Elemente der DBT, wie sie bei uns in die „Blaue Mappe“ Eingang gefunden haben, aus Sicht der DBT vorgestellt. Dazu wird immer wieder auf die Personale Existenzanalyse (PEA) zurückgegriffen (5), da der Großteil der Psychotherapeuten auf der Station eine existenzanalytische Ausbildung hat.

Die Blaue Mappe bietet eine Hilfsstruktur im Umgang mit dem intensiven, instabilen und impulsiven Beziehungschaos von Patienten mit BPS. Jeder Patient mit Borderline-Symptomatik bekommt diese Arbeitsmappe zu Beginn des stationären Aufenthaltes. Sie enthält die Stationsordnung, den Therapievertrag, die Diarycard, ein Arbeitsblatt für die Verhaltensanalyse und Arbeitsblätter zum Skilltraining (siehe unten).

Mit ihren inhaltlichen Vorgaben und Regeln ist die Blaue Mappe eine Hilfe um im Aktualgeschehen/im Hier und Jetzt zu bleiben. Eine Hilfe, um wieder von der eher emotional geprägten Ebene (*wie* ist etwas erlebt worden) auf die Deskriptionsebene zu kommen (*was* ist passiert) bzw. um dort zu bleiben: Was ist aktuell geschehen? Worum geht es jetzt? Was ist das Problem? Dadurch wird Klarheit und Halt - sowohl für Patienten als auch für Therapeuten - ermöglicht und als „Schutzraum“ erlebt. Durch die Regelungen, beidseitigen Vereinbarungen und Verbindlichkeiten wird eine Grundlage für das

Beziehungslernen und eine gute Beziehungserfahrung gelegt. So begegnen wir der großen Angst vor Beziehungsverlust - ein Grundkonflikt der BPS - mit der dann gegebenen Erfahrung der Verlässlichkeit und Verbindlichkeit.

Die Blaue Mappe begrenzt durch ihre inhaltlichen Vorgaben und hilft uns, das Wesentliche im Auge zu behalten. Vom Bild her erinnert es an ein Fernglas, mit dem man sich das, was man genau anschauen will, herholt und fokussiert. Somit gelingt es auch, sich von der ausufernden Psychodynamik zu distanzieren, um in einen Umgang mit dem Fokussierten zu kommen.

Wir haben es immer wieder erlebt, dass wir uns zu schnell auf der Emotionsebene wieder fanden, ohne vorher den Boden der Halterfahrung gelegt zu haben. Dieses Emotionschaos war wie ein Strudel, der Verwirrung ausgelöst hat. Und dies ist auch normalerweise der Zustand, in dem sich der Patient selbst befindet. Unsere Erfahrungen zeigten, dass mit der Hilfsstruktur der DBT Halt in der Haltlosigkeit, Verbindlichkeit und Verlässlichkeit für die Angst vor Beziehungsverlust und Klarheit, um das Ausufernde zu begrenzen, erreicht worden ist. In der Ausbildung zur DBT ist nicht umsonst das Wort CRISP (knackig/resch) ein Schlüsselwort in der Borderline-Therapie gewesen: es braucht Klarheit, Festigkeit aber es braucht unseres Erachtens auch eine phänomenologische Haltung. Darin besteht die Kunst der Dialektik.

Elemente der DBT in der blauen Mappe Therapievertrag

Innerhalb der DBT hat es sich durchgesetzt, bereits zu Beginn der Therapie zeitlich klare Begrenzungen zu vereinbaren und diese auch einzuhalten (4). Zudem haben sich klare Regeln und Vereinbarungen bezüglich des Umgangs mit Suizidalität, Kriseninterventionen und Störungen der therapeutischen Rahmenbedingungen bewährt (4). Diese werden zu Beginn der Therapie in sog. „Therapieverträgen“ vereinbart.

Existenzanalytisch gesehen geht es hier darum, den Patienten zu für die Therapie bzw. Krisenintervention grundsätzliche Entscheidung zu motivieren. Der Vertrag in der für unsere Station adaptierten Form umfasst eine 4-fache Entscheidung:

1. Die Entscheidung zum Leben

„*Ich mache keinen Suizidversuch*“. Durch den Vertrag wird vom Patienten die bewusste Entscheidung zum Leben verlangt. Ohne Entscheidung zum Leben (als *conditio sine qua non*) ist keine Behandlung möglich („Nur lebende Menschen können therapiert werden...“). Der Patient leistet dieses Versprechen sich selbst und uns, dem Behandlungsteam. Dadurch wird die Entscheidung im Selbst- und Fremdbezug verankert, entsprechend dem existenzanalytischen Basistheorem (6). Dadurch übernimmt der Patient Verantwortung für sein Leben.

Falls sich der Patient nicht von Suizidgedanken und -impulsen schützen kann, verspricht er, sich im Dienstzimmer zu melden und sich Hilfe durch ein Gespräch und/oder ein Bedarfsmedikament zu holen. Wenn der Patient keine Verantwortung für sein Leben übernehmen kann, muss die „Gesellschaft“ - in diesem Fall der zuständige Arzt - die Verantwortung übernehmen: Als ultima ratio bleibt die Unterbringung im geschlossenen Bereich.

Uns ist sehr wohl bewusst, dass dieser Vertragspunkt eine trügerische Sicherheit hinsichtlich Suizidalität darstellt und in der Suizidologie sehr umstritten ist, dennoch wird die Einbettung in einen Therapievertrag für sinnvoll erachtet (16).

2. Entscheidung für den stationären Aufenthalt.

Hier geht es darum, die Stationsordnung einzuhalten, keine Drogen und keinen Alkohol und keine Zusatzmedikation zu sich zu nehmen.

3. Entscheidung zum neuen Weg: „Sich nicht mehr zu schneiden“

Dieser Bereich umfasst den Umgang mit allen Formen der Selbstverletzung, nicht nur das Schneiden. Der erste Punkt lautet: „Ich versuche mein Bestes keine Selbstverletzung zu machen“. Sollte jedoch der Drang zur Selbstverletzung unkontrollierbar werden, ist der nächste Schritt, sich im Dienstzimmer beim Pflorgeteam zu melden. Ist auch das für den Patienten nicht möglich, setzt er sich auf den „Sicheren Ort“, ein gekennzeichnete Sessel vor dem Dienstzimmer. Das Pflegepersonal spricht Patienten, die daraufsitzen, auf ihr Befinden an. Wenn es doch zu einer Selbstverletzung kommt, sind die Patienten angewiesen, diese nicht aus Scham zu verstecken, sondern die Wunde von der Pflege versorgen zu lassen. Zu einem tiefergehenden therapeutischen Gespräch kommt es erst, wenn die Patienten die schriftliche Verhaltensanalyse ausgearbeitet haben.

4. Entscheidung für die Therapie

Dabei entscheidet sich der Patient, gemeinsam mit dem Behandlungsteam (Arzt, Psychotherapeut, Pflege) einen Therapieplan und Strategien zur Spannungsreduktion (persönliche Skillsliste, s.u.) zu erarbeiten. Weiters verpflichtet sich die Patientin zum verlässlichen Führen der Diary-Card, dem Herzstück der Behandlungselemente.

Diary Card

Die Diary Card (Tagesprotokoll) dient der strukturierten Selbstbeobachtung und Dokumentation von emotionalen Zuständen. Sie wird vom Patienten täglich selbständig ausgefüllt und auch regelmäßig in den therapeutischen Gesprächen verwendet. In der Diary Card wird mittels einer Ausfüllhilfe eine Verlaufskurve der inneren Spannung auf einer Skala von null bis zehn den Tag hinweg, in einer stündlichen Auflösung, vom Patienten

selbst gezeichnet, quasi so wie eine Fieberkurve (z.B. um 17:00 war die innere Spannung in der Höhe von fünf)-

Patienten machen auch täglich eine Einschätzung der Stärke ihrer Leeregefühle, des Leidensdruckes, des Suizid- und des Selbstverletzungsdrangs. Weiters ist vom Patienten anzugeben, ob er eine Selbstverletzung oder einen Suizidversuch gemacht, ob er Zusatzmedikation gebraucht hat, welche Tagesaktivitäten ihm gelungen sind und wie die Schlafqualität war. Zusätzlich wird auch erfasst, ob und welche Skills er gegen destruktive Impulse angewandt und wie viel Freude/Genuss er an diesem Tag erlebt hat.

Typischerweise sind Gespräche mit BPS Patienten stark von Emotionalität geprägt, in deren Dynamik sich die Behandler schnell verlieren können. Die Diary Card als Gesprächsleitfaden hilft zu entschleunigen und zurück auf die Deskriptionsebene zu kommen: „Was ist genau geschehen?“ Sie ermöglicht, einen Raum zur Selbstdistanzierung zu schaffen und führt aus dem verwirrten Zustand in ein differenziertes klares Wahrnehmen und in eine Fokussierung des Geschehens. Dadurch können Auslöser für Stimulierungseinbrüche, Selbstverletzungen, Suizidhandlungen etc. gefunden werden, die sonst untergehen.

Mit der Diary-Card gelingt also eine „Entknotung“ der komplexen Situation. Sie wird klarer. Das Bündel von Emotionen, die ungebremste Psychodynamik wird „entschleunigt“. Aus „der ganze Tag war schlecht“ wird eine Differenzierung in „gut“, „weniger gut“ und „schlecht“ sichtbar. Aber auch das Schöne und Gute, wie z.B. das Erleben von Freude, und die Fähigkeiten und Ressourcen wird fokussiert. Der Patient kommt über diese strukturierte Rückführung in die Selbstdistanzierung und Selbstwahrnehmung. Der Therapeut (selbst auch „entwirrt“) kann klarer auf dem therapeutischen Weg begleiten.

Verhaltensanalyse

In der DBT ist die Basis für die Auswahl einer spezifischen Behandlungsmethode die Verhaltensanalyse, die klären soll, inwiefern das jeweils dominierende Verhaltensmuster durch labilisierende Umstände (z.B. Schlafstörungen), durch eindeutig identifizierbare Stimuli (z.B. bestimmte soziale Kontakte), durch dysfunktionale Schemata oder Pläne, durch mangelnde Problemlösekompetenzen oder durch interne oder externe Konsequenzen begünstigt wird. Labilisierende Bedingungen erfordern in aller Regel ein konkretes Problemlösen, identifizierbare Stimuli eine desensibilisierende Exposition, dysfunktionale Schemata eine sorgsame Korrektur, mangelhafte Problemlösekompetenzen die Vermittlung von Skills (Fertigkeiten) und aufrechterhaltene Konsequenzen eine aktive Veränderung auf der Ebene der Verstärker (Kontingenzmanagement) (2).

In unserem Konzept wird die Verhaltensanalyse in Form eines Arbeitsblattes in der blauen Mappe gezielt nach einer Selbstverletzung vom Patienten eingefordert. Nach einer Selbstverletzung wird die Wunde des Patienten vom Pflgeteam versorgt, es findet jedoch kein therapeutisches Gespräch statt. Damit soll verhindert werden, dass der Patient die Selbstverletzung als Mittel verwendet, sich Zuwendung zu holen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Abklärung der Suizidalität, zu der, wenn nötig, ein Arzt beigezogen wird, der etwa eine Unterbringung veranlassen kann. Vor dem therapeutischen Gespräch muss der Patient die Verhaltensanalyse schriftlich ausarbeiten. Der Sinn der Verhaltensanalyse besteht in der Selbstdistanzierung vom emotionalen Geschehen, der Auseinandersetzung mit der Selbstverletzung.

Die erste Frage auf dem strukturierten Arbeitsblatt der Verhaltensanalyse lautet: „Was ist passiert? Wie haben Sie die selbstschädigende Handlung genau gemacht?“

Die zweite Frage betrifft den Verlauf bis zur Selbstverletzung: „Wann war es für Sie das letzte Mal erträglich? Beschreiben Sie im Detail den Verlauf bis zur selbstschädigenden Handlung“. Diese Frage setzt im guten Bereich an „Wann war es noch erträglich?“ Es ist wichtig, bei der Analyse im „gesunden Zeitraum“ zu beginnen, um dann das „Kippen“ in den malignen Prozess unter die Lupe zu nehmen.

Die dritte Frage bezieht sich auf die Eigenverantwortung der Patientin: „Was haben Sie unternommen, um die Selbstverletzung zu vermeiden? Welche Skills haben Sie angewendet?“ Bei dieser Frage wird bereits die Person mit ihrer Fähigkeit zur Stellungnahme angesprochen (vgl. 5).

Bei der vierten Frage wird wieder die Person in ihrer Freiheit angesprochen: „Was hätten Sie anders tun können? Worauf werden Sie in Zukunft achten?“ Dadurch soll ein „Umdenkprozess“, eine Verhaltensmodifikation im Patienten induziert werden. Es geht um die personale Stellungnahme.

Die fünfte Frage betrifft die Speicherung, Festigung und Verankerung - existenzanalytisch im „Ausdruck“ des Erkannten: „Um zukünftigen selbstschädigenden Handlungen vorzubeugen, werde ich versuchen, Folgendes einzuhalten:“

Nach der Ausarbeitung der schriftlichen Verhaltensanalyse folgt das therapeutische Gespräch. War der Fokus der schriftlichen Verhaltensanalyse vor allem auf die Deskription, die Stellungnahme und den Ausdruck gerichtet, so wird im therapeutischen Gespräch versucht, an der Emotion, existenzanalytisch am „Eindruck“ zu arbeiten.

Was den aus dem emotionalen Zustand resultierenden (Handlungs-)Impuls betrifft, kommt als Antwort in der Verhaltensanalyse meist „sich selber verletzen“ oder „schneiden“. An dieser Stelle ist es wichtig weiter zu fragen: „Was wollten Sie durch das Schneiden erreichen?“.

Damit berühren wir schon den phänomenalen Gehalt. Damit ist die spontane Botschaft aus dem Geschehenen gemeint. Diese sollte sehr vorsichtig angesprochen werden, da die Gefahr besteht, dass der Patient dissoziiert, weil diese Frage möglicherweise zu viel emotional auslöst. Um aber einen Blick in das Innenleben des Patienten zu werfen, ist es aber notwendig, diesen Gehalt zu heben.

Beim nächsten Schritt, der Stellungnahme, geht es um das Verstehen. „Verstehe ich mich?“ „Werde ich von den anderen verstanden?“ Dieser Schritt schließt sich organisch an den „phänomenalen Gehalt“ an. Wie soll nun auf die Frage des „Verstehen?“ (im Sinne des „Verstehe ich mich?“) eingegangen werden? Es ist unseres Erachtens wichtig, ganz im Hier und Jetzt zu bleiben und zu vermeiden, in die Biographie einzusteigen. „Sich verstehen“ und „verstanden werden“ bewirkt meist eine große emotionale Entlastung.

Bei der Frage „Was haben Sie unternommen, um die selbstschädigende Handlung zu vermeiden?“ wird die Person, das „Freie“ im Menschen spürbar, wenn auch nur im Kern. Dies ist ein erster Schritt, auf die „Entscheidung zur Selbstverletzung“ zu schauen: „Was hat zum Schneiden geführt? Wami habe ich mich zum Schneiden entschieden“.

Nun gilt es, die Entschiedenheit des Patienten zu stärken. Nach dem „Verstehen“ ist der Bereich des Gewissens („Was spüre ich im Innersten dazu?“) und die je eigene Stellungnahme („Was halte ich davon? Was sage ich dazu? Was würde ich am liebsten tun?“) von Bedeutung. Dies führt zum Willen: „Was will ich tun?“

Die letzten Fragen der schriftlichen Verhaltensanalyse beziehen sich auf Skills: Wie könnte der Patient anders mit der hohen emotionalen Spannung umgehen? Im Gespräch werden die Skills eingehend besprochen und eine Strategie erarbeitet, mit einer sog. „Skillskette“ (mehrere Skills verbunden) die Spannung zu reduzieren.

Skills

Skills sind Fertigkeiten, um anstelle der Selbstverletzung eine Spannungsreduktion zu erreichen. „Schneiden wirkt am besten..., doch was hilft sonst zur Spannungsreduktion?“, lautet die entscheidende Frage. Die DBT gibt vier mögliche „Zugangskanäle“ für Skills an (3):

1. Kognitive Skills: Sie beziehen sich auf die Gedanken. Darunter fallen z.B. von einer hohen Zahl herunter rechnen, Mythen relativieren (etwa: „wenn mich jemand kritisiert, bin ich vernichtet“), Sudoku, Rätsel lösen und

sozusagen existenzanalytische Methoden, wie innerer Dialog, „inneres Streiten“, sich auseinandersetzen „ich mit mir“.

2. Sensorische Skills: Diese Skills betreffen die fünf Sinne. Z.B. an einer Blume riechen, eine Rosine schmecken, in eine Chili Schote beißen, Ammoniak riechen, Musik hören, einen Igelball in der Hand halten, ein Gummiringel am Arm „schnalzen“.

3. Motorisch/physiologische Skills: Z.B. laufen (motorisch), Atemübungen (physiologisch)

4. Handlungsbezogene Skills: Darunter fällt: kreatives Gestalten; Sinnvolles tun, wie aufräumen, etc.; sich selbst/an deren etwas Gutes tun (Was tut mir gut? Was tut anderen gut?)

In der Therapie ist es wichtig, eine persönliche Skillsliste zu erarbeiten. Aus dem großen Pool der Skills, sucht der Patient persönliche Skills für alle Spannungsbereiche aus, die für ihn hilfreich sind. Je nach der Höhe der Spannung werden verschiedene Arten von Skills eingesetzt. Dabei ist die Spannungskurve der Diary-Card eine Hilfe. Die Frage lautet: „Welcher Skill hilft (mir) bei welcher Spannung?“ Die DBT teilt das Spannungsdiagramm (Skala von null bis zehn) in verschiedene Abschnitte. Erstens: Der Umgang mit Werten über sieben wird als „Stresstoleranz“ bezeichnet. Bei diesen Werten „brennt der Hut“, es ist sehr schwer für die Patienten, sich dem Sog der Selbstverletzung zu entziehen. Für diesen höchsten Bereich haben sich sensorische Skills bewährt (z.B. in Chilischote beißen, Ammoniak riechen, kalt duschen), um den Selbstverletzungsdrang sensorisch zu stoppen. Im Anschluss sind sogenannte „Skillsketten“ (Verkettung von verschiedenen Skills) zu aktivieren, in denen die Spannung Schritt für Schritt reduziert wird. Auf der Station sind die Patienten angehalten, bei hohem Selbstverletzungsdrang, wenn sie sich nicht mehr wehren können, zum Dienstzimmer zu gehen und um ein Gespräch bzw. ein Bedarfmedikation zu bitten, wenn das Gespräch nicht reicht. Entscheidend ist es jedoch, schon im „unteren“ Bereich die Spannung wahrzunehmen und entgegenzusteuern.

Um mit der Spannung umgehen zu können, ist es wichtig, die eigenen Gefühle zu erkennen und zu verstehen. Damit sind wir beim zweiten Bereich, den Spannungswerten von drei bis sieben, beim „Umgang mit den Gefühlen“. Eine Basisübung besteht im Erkennen, „Diagnostizieren“ von Gefühlen. „Welches Gefühl habe ich, wie gehe ich damit um?“ Weiters werden nach der DBT im Bereich drei bis sieben die „Zwischenmenschlichen Skills“ geübt. Dieser Bereich ist deshalb so wichtig, weil bei der BPS die Beziehungsgestaltung in der Regel schwer beeinträchtigt ist. Dabei gilt es, Beziehungen zu knüpfen und zu pflegen, eigene Ziele durchzusetzen und in der Begegnung mit anderen die Selbstachtung zu wahren.

Im dritten, untersten Bereich (Spannung von eins bis drei) wird vor allem die „Achtsamkeit“ („awareness“) geübt. Dabei geht es darum, sich seiner Selbst und der Außenwelt gewahr zu werden. Diese Methode, die von der fernöstlichen Geisteshaltung geprägt ist, hat Jon Kabat-Zinn, Professor in Massachusetts, als „Mindfulness-Based Stress Reduction“ entwickelt. Damit soll Menschen geholfen werden, besser mit Stress, Angst und innerer Spannung umzugehen. In diesen Bereich fallen u. a. sensorische Skills (z.B. eine Rosine schmecken), kognitive Skills (z.B. Gedanken vorüberziehen zu lassen, ohne sie zu beurteilen, Meditation), physiologische Skills (Atemübungen, Entspannungsübungen) und handlungsbezogene Skills, wie zu versuchen, ein Ei auf seine Spitze zu stellen.

Für den Notfall (Spannung über sieben, „Stresstoleranz“) wird ein persönlicher Notfallkoffer/Notfallplan, als „Feuerwehr“, persönlich erarbeitet und konkret zusammengestellt. Der Notfallplan muss kurz und klar sein. „Was tun im Fall einer Spannung von über sieben?“ Im Notfallkoffer befinden sich etwa eine Chilischote, ein beruhigendes Foto, die Karte mit dem Notfallplan, ein Gummiringel etc.

Schlussfolgerung

Der Import von DBT-Methoden in Form der Blauen Mappe ist ein „Mittel zum Zweck“, ein Hilfsmittel für eine personale Therapie, quasi ein „Trittbrett“ bzw. „Sprungbrett“, um trotz der intensiven Emotionalität von Patienten mit BPS in den personalen Dialog zu kommen. Das anfängliche Befremden, das uns existenzanalytisch geprägte Therapeuten überkommen hat, ist daher schnell gewichen. Es ist natürlich auf die Gefahr hinzuweisen, die Mappe in einer technischen und zu wenig personalen Haltung einzusetzen (einfach „auszuteilen“), oder gar in einer Gegenübertragungsreaktion für alle schwierigen Patienten zu verwenden, quasi zur Bestrafung. Die Akzeptanz der blauen Mappe ist erstaunlich hoch, selbst bei Patienten, die ansonsten wenig Behandlungsmotivation mitbringen. Wir haben den Eindruck gewonnen, dass ihre Verwendung und die damit verbundenen Haltungen zu einer Beruhigung auf der Station beigetragen haben, einerseits im Sinne von weniger Selbstverletzungen, Therapieabbrüchen und Team-Spalungsprozessen - andererseits von mehr Sicherheit und Klarheit auf Behandlerseite. Dies deckt sich mit den exzellenten Wirksamkeitsergebnissen der DBT, selbst im Vergleich mit Experten für Borderline Therapie (11).

Literatur

- 1.) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington DC: American Psychiatric Press
- 2.) BOHUS M (2002) Borderline-Störung - Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe
- 3.) BOHUS M (2009) Interaktives Therapieprogramm für Borderline Patienten. Therapeuten-Version. Stuttgart: Schattauer
- 4.) BOHUS M & SCHMAHL C (2007) Psychopathologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Nervenarzt 78:1069-1081
- 5.) LÄNGLE E A (2000) Die „Personale Existenzanalyse“ (PEA) als therapeutisches Konzept. In: LÄNGLE A (Hrsg.) Praxis der Personalen Existenzanalyse. Wien: GLE Verlag, S 9-37
- 6.) LÄNGLE A (2008) Existenzanalyse. In: Längle A & Holzhey-Kunz A (Hrsg.) Existenzanalyse und Daseinsanalyse, S 22-179. Wien: WUV Facultas
- 7.) LIEB K, ZANARINI C, SCHMAHL C, LINEHAN M., & BOHUS M (2004) Borderline personality disorder. Lancet 364:453-461
- 8.) LINEHAN M (1993a) Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York: Guilford Press
- 9.) LINEHAN M (1993b) Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder. New York: Guilford Press
- 10.) LINEHAN M (1996) Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien
- 11.) LINEHAN M, COMTOIS KA, MURRAY AM, BROWN MZ, & GALLOP RJ et al. (2006) Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. Arch Gen Psychiatry 63:757-766
- 12.) LYNCH TR, CHAPMAN AL, ROSENTHAL MZ, KUO JR, & LINEHAN M (2004) Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. J Clin Psychol 62:459-480
- 13.) NINDL T (2001) Charakteristika von Krisen und methodische Schritte in der Krisenintervention. Existenzanalyse 19:45-49
- 14.) PARIS J, ZWEIG-FRANK H (2001) A twenty-seven year follow up of borderline patients. Compr Psychiatry 42:482-487
- 15.) PARIS J (2007) Half in love with death. Managing the chronic suicidal patient. New York: Lawrence Erlbaum
- 16.) RUDD MD, MANDRUSIAK M, JOINER TE (2006) The case against no-suicide contracts: the commitment to treatment statement as a practice alternative. J Clin Psychol 62:243-251
- 17.) SANSONE RA (2004) Chronic suicidally and borderline personality. J Pers Disord 18:215-225
- 18.) WORLD HEALTH ORGANIZATION (1992) International classification of diseases (10th ed.) WHO, Geneva

Korrespondenzadresse

Dr. Rupert Dinhobl

Christian Doppler Klinik

Ignaz Harrer Str. 79

A - 5020 Salzburg, email: r.dinliobl@salk.at