



Borderline-Menschen verstehen und behandeln

lic. phil. Florian Hug

eidg. anerkannter
Psychotherapeut FSP

Supervisor KVT (DAS
Universität Zürich)

DBT-Therapeut AWP

Supervisor und Trainer
Schematherapie ISST



Seminarübersicht: Inhalt

Borderline-Patient*innen verstehen:

- Diagnostik, Eckdaten, Phänomenologisches

Borderline-Persönlichkeitsstörung psychotherapeutisch behandeln:

- Wie gestalte ich den Start der Therapie?
- Grundlagenmodell der Allg. Psychotherapie (nach Klaus Grawe)
- Komplementäre Beziehungsgestaltung

State of the art: Behandlungsansätze 3. Welle:

- Dialektisch behaviorale Therapie (DBT nach Marsha Linehan)

Eigene Reaktionen und besondere Situationen

- Eigene Schemata und eigene Bewältigungsreaktionen
- besondere Situationen: Dissoziation, Krisen und Suizidalität



Meine Erfahrungen mit Borderline- Patient*innen

- Was sind meine bisherigen Erlebnisse
- Was habe ich schon gehört über solche Patient*innen?
- Was mag ich an Borderline-Patient*innen?



Frau N., 17-jährig

In der Klinik 2010

- Wiederkehrende heftige Selbstverletzungen durch Schneiden der Arme
- Suizidale Drohungen
- Exposition im Strassenstrich einer grösseren Stadt
- Besucht AB zur Pflegefachfrau, hat teilweise Fehlzeiten
- Episodisch an den Wochenenden heftiger Alkoholkonsum bis zur Intoxikation, Cannabiskonsum. Muss mehrfach mit Ambulanz geholt werden
- Wohnt bei der Mutter, die Eltern sind geschieden
- Ständige Streitigkeiten mit der Mutter, von der sie sich nicht verstanden fühlt
- Der Vater zeigt sich desinteressiert, findet auch die Ausbildung „nichts Besonderes“
- Die kleine Schwester erhält sehr viel Aufmerksamkeit



Borderline-Patient*innen verstehen

- Diagnostik

DSM V / ICD-11:

Dimensionale Klassifikation

Die 5 Domänen „Negative Affectivity“, „Detachment“, „Dissociality“, „Disinhibition“ und „Anankastia“ können bei Borderline zusätzlich angewendet werden.

<https://bpded.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40479-022-00182-0>

<https://www.rosenfluh.ch/media/psychiatrie-neurologie/2024/02/Persoenlichkeitsstoerungen-in-der-ICD-11.pdf>

<https://link.springer.com/article/10.1007/s00729-020-00151-4>



Die jahrzehntelange und zunehmende Unzufriedenheit mit der bisherigen kategorialen Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen (PS) im amerikanischen DSM-IV und in der ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation hat u. a. mit fehlender empirischer Unterstützung vieler Kategorien, der sehr hohen Komorbidität der PS untereinander oder der großen Heterogenität von Symptomen innerhalb einer Diagnose zu tun. Sie hat in den letzten Revisionen der beiden Diagnosesysteme einen radikalen Wandel hin zu einem dimensional Klassifikationssystem unterstützt, das um vieles stärker in der empirischen psychologischen Forschung abgesichert ist. Im DSM-5 ist die Revolution ausgeblieben, weil das dimensionale Modell im Anhang verblieben ist, während die alte DSM-IV-Klassifikation unverändert übernommen wurde. Allerdings hat dieses „Alternative Modell der Persönlichkeitsstörungen“ (AMPD) seit seiner Publikation erhebliches Forschungsinteresse erfahren. In der ICD-11 ist eine dimensionale Einschätzung der Persönlichkeit auf den 5 Domänen „Negative Affectivity“, „Detachment“, „Dissociality“, „Disinhibition“ und „Anankastia“ als radikale Alternative zu den 10 bisherigen Kategorien bereits abgesegnet und wird ab 2022 weltweit die Diagnosestellung verändern. Während hier zunächst alle bisherigen Kategorien eliminiert wurden, erreichten kritische Stimmen am Ende, dass die Borderline-Störung als einziger Qualifier in der ICD-11 erhalten bleibt. Die beiden Systeme werden in ihren zentralen Annahmen und im praktischen Vorgehen beleuchtet. Die Diskussionen und die bisherige empirische Befundlage zu den Dimensionen und der klinischen Nützlichkeit für Praktiker*innen werden zusammengefasst.



Die Borderline-Störung ist ein komplexes Krankheitsbild, das anhand verschiedener Verhaltensweisen und bezeichnender Persönlichkeitszüge diagnostiziert werden kann

Für die Diagnose muss insbesondere ein stark impulsives Verhalten sowie ein tiefgreifendes Muster von Instabilität den Affekten, im Selbstbild und in den zwischenmenschlichen Beziehungen vorliegen.

In den meisten Fällen zeigen sich die Verhaltensweisen über einen längeren Zeitraum und haben sich bereits in der Pubertät abgezeichnet

- Nicht alle Betroffenen fügen sich selbst Verletzungen zu und auch nicht alle sind suchtkrank. Meist tritt die Borderline-Störung jedoch zusammen mit anderen Krankheiten und Störungsbildern auf.
- Abhängig von der Zusammensetzung der Kriterien und der Schwere im individuellen Fall werden die weiteren Schritte und die Art der Therapie bestimmt.

Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz, Heidelberg (DGPPN)



**Zudem müssen mindestens fünf der folgenden Kriterien erfüllt sein, damit eine Borderline-Störung vorliegt
(auch nach DSM-V):**

1. Verzweifeltes Bemühen, reales oder imaginäres Alleinsein zu verhindern.
2. Ein Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen.
3. Identitätsstörungen: Eine ausgeprägte Instabilität des Selbstbildes oder des Gefühls für sich selbst.
4. Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstbeschädigenden Bereichen (z.B. Geldausgeben, Sex, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, Fressanfälle).
5. Wiederkehrende Suiziddrohungen, -andeutungen oder –versuche oder selbstschädigendes Verhalten.



6. Affektive Instabilität, die durch eine ausgeprägte Orientierung an der aktuellen Stimmung gekennzeichnet ist (z.B. starke episodische Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit oder Angst).

7. Chronisches Gefühl der Leere.

8. Unangemessen starke Wut oder Schwierigkeiten, Wut oder Ärger zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernder Ärger, wiederholte Prügeleien).

9. Vorübergehende stressabhängige paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

Übersicht z.B. auch auf www.pro.psycom.net



Diagnostik

- Leitsymptom
- Psychostatus
- SKID-II
- IPDE-Kriterien International Personality Disorder Examination (W. Mombour, M. Zaudig, P. Berger, K. Guitierrez, W. Berner, K. Berger, M. v. Cranach, O. Giglhuber, M. v. Bose (1996) ICD-10-Modul, strukturiertes Interview für die Erfassung von acht Typologien von Persönlichkeitsstörungen
- BSL: Borderline Symptom List (Bohus, M., Limberger, M., Frank, U., Sender, I., Gratwohl, T., Stieglitz, R.(2001): Entwicklung der Borderline- Symptom-Liste (BSL) Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 51, 201-211)
- PSS(K): Persönlichkeitsstörungs-Screening, Kurzform (Schöttke, H., Lange, J., Imholz, M., Wiedl, K.)
- Differentialdiagnostik!



Differentialdiagnostik

- Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) 70% (Zanarini et al., 1998)

40 – 76% berichten von einem sexuellen Missbrauch (z.B. Westen et al., 1990; Silk et al., 1995)

40 – 50% dieser Pat. (= 1/4 -1/3 aller BPS-Pat.) berichten von Typ-II- Traumata (Zanarini et al., 2002)

Traumata im Erwachsenenalter: 24% berichten von einem physischen bzw. 18 % von einem sexuellen Missbrauch (Golier et al., 2003)

- Dissoziative Störungen 65% (Zanarini et al., 1998)
- Angststörungen 80% (Zanarini et al., 1998)
- Affektive Störungen 80% (Zanarini et al., 1998)



- Alkohol- und Drogenmissbrauch 60% (Zanarini et al., 1998)
- Schlafstörungen 70% (Zanarini et al., 1998)
- Essstörungen 45% (Zanarini et al., 1998)
- Somatoforme Störungen 58% (Zanarini et al., 1998)
- Zwangsstörungen 30% (Zanarini et al., 1998)
- Schizophrenie 20%
- Andere PS 80% (Schwaiger & Sipos, 2004)



Gemeinsamkeiten BPS - ADHS

- Affektive Instabilität
- Impulsive Verhaltensweisen
- Desorganisiertheit
- komorbide Sucht
- Beziehungsprobleme
- Aufmerksamkeitsstörungen (Dissoziation)
- Reduzierte Selbstachtung

Unterschiede?



Diagnostisches Leitsymptom

Einschiessende, starke Spannung, die als äusserst aversiv erlebt wird und keiner klaren, handlungsweisenden Emotion zugeordnet werden kann



Mit Blick auf das Leitsymptom...:

Was ist unser Job in der Psychotherapie?



Epidemiologie

Lebenszeit-Prävalenz: ca. 3%

Punktprävalenzen nach Alter

15 Jahre: ca. 5%

20 Jahre: ca. 4,2%

45 Jahre: ca. 0,7%

Innerhalb von 10 Jahren erfüllen 90% der Borderline-Patienten die Kriterien für die Remission von dieser Krankheit (Zanarini 2003, 2006)

Männer = Frauen

- Suizidrisiko: ca. 3%
- Suizidversuche: ca. 60 %
- SVV: bis zu 85%



Heidelberger Schulstudie (2007, N 5522)

Hast du dich im vergangenen Jahr absichtlich selbst verletzt (geritzt, geschnitten, verbrannt)?

	Jungen	Mädchen
Nie	89.9%	80.1%
1-3x / Jahr	8.0%	14.0%
Mehr als 3x / Jahr	2.1%	5.9%



Eckdaten - Ätiologie

- **Risikofaktoren:**

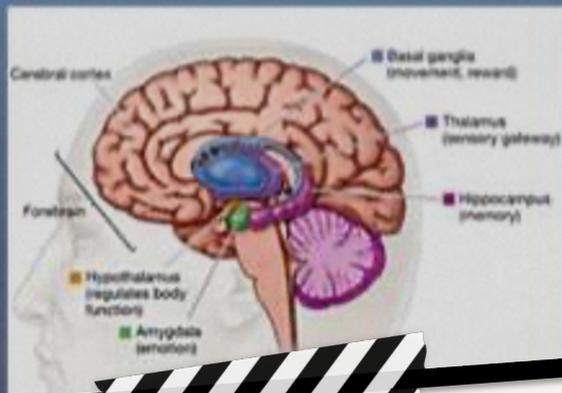
- Sexueller Missbrauch (65%)
- Körperlicher Missbrauch (60%)
- Emotionale Vernachlässigung durch primäre Bezugspersonen
- Neurologische Defizite:
 - Hyperreaktivität der Amygdala
 - gestörter fronto-limbischer Regelkreis
 - sensitisierte Stress-Hormon-Achse
- AD(H)S

Traumapatient*innen: KPTSD!



Ursachen

- traumatische Erfahrungen
- genetische Faktoren --> Gehirn ist betroffen



Borderline als Störung des fronto-limbischen Regelkreises

- <https://www.rosenfluh.ch/media/psychiatrie-neurologie/2006/01/Borderline-Persoenlichkeitsstoerungen-in-der-Praxis.pdf>





Häschen und Denker

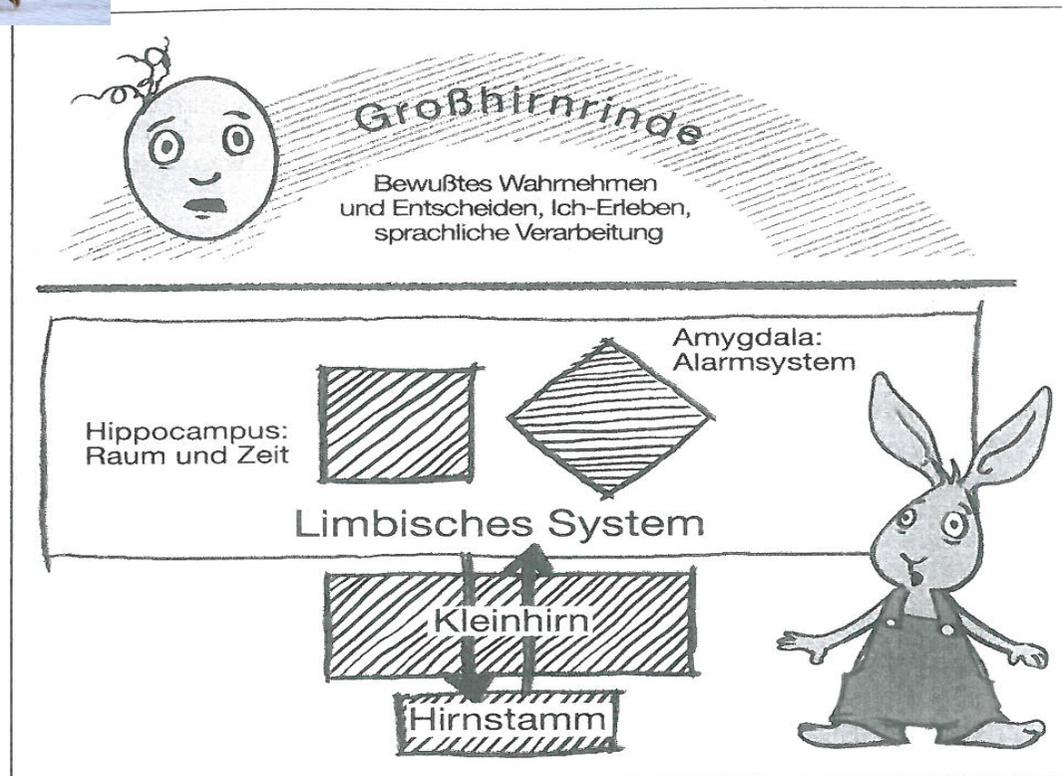


Abbildung 1: Zusammenspiel der verschiedenen Gehirnareale (vgl. Hantke & Görge, 2012; Grafik von Kai Pannen, Abdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung des Junfermann-Verlages und von H.-J. Görge)



Störung der HHNA

HPA / HHNA: Die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse

- Cortisol wird in den Nebennieren produziert – wichtigen Hormondrüsen, die auf deinen Nieren sitzen. Die Nebennieren stehen in ständigem Austausch mit dem Hypothalamus und der Hypophyse in unserem Gehirn.
- Der Hypothalamus ist das Steuerzentrum unseres Hormon- und Nervensystems, die Hypophyse (Hirnanhangsdrüse) ist so etwas wie seine rechte Hand. Ohne die beiden hätten wir ein Problem: Schon kleine Störungen wirken sich auf unsere Gesundheit und unser Wohlbefinden aus.
- Den ständigen Austausch zwischen Hypothalamus, Hypophyse und Nebennieren bezeichnen wir als HPA-Achse. Die Abkürzung steht für *hypothalamic pituitary adrenal axis*, auf Deutsch also Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse (HHNA).
- Man könnte die HPA-Achse auch als Stressachse bezeichnen. Wenn wir langfristig unter Dauerstress stehen, kann das zu einer Störung der HPA Achse führen. Durch einen sehr komplexen Prozess schafft es die Stressachse normalerweise gut, sich selbst zu regulieren.
- Wenn aber ein Stressor nicht beseitigt werden kann, schafft sie es irgendwann nicht mehr. Der Körper bleibt dann in ständiger Alarmbereitschaft.



Phänomenologisches

- Borderline-Menschen...
- ... leben oft in schwierigen familiären Verhältnissen
- ... haben oft eine geringe Lebensqualität
- ... haben oft einen niedrigen Sozialstatus
- ... haben oft Partner*innen mit Beziehungsschwierigkeiten (Persönlichkeitsstörung)
- ...haben oft Partner*innen mit Alkohol- oder Drogenproblemen
- ... haben oft noch Kontakt zu Tätern (schädlichen Bezugspersonen)



Emotionalität von Menschen mit Borderline

Borderline als Affekt-Regulations-Problematik

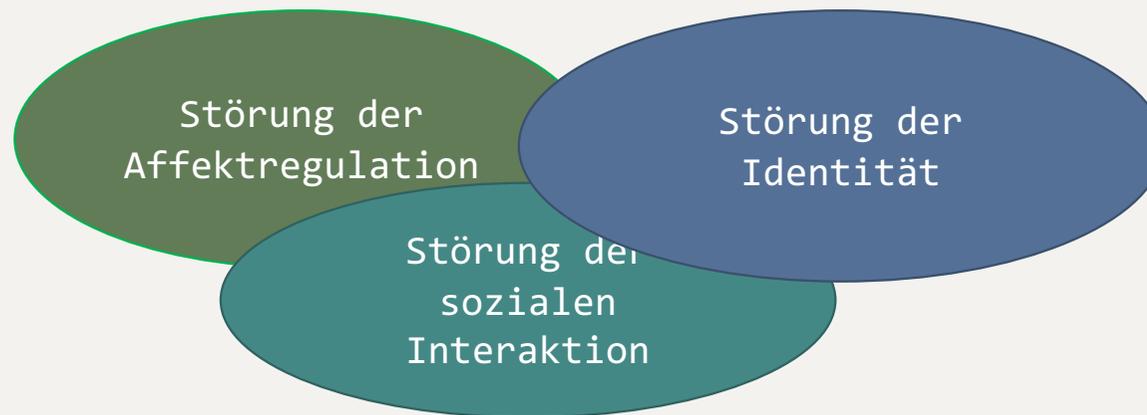
Emotionale Verletzbarkeit

Fehlende Copingstrategien im Umgang mit starken Gefühlen

Heute nicht mehr nicht hilfreiche, schädliche Bewältigungsstrategien



Psychopathologie der BPS



(Neuro) biosoziales Entstehungsmodell der Borderline-Persönlichkeitsstörung



Traumatische Invalidierung

- Eine starke, anhaltend enttäuschende Erfahrung, dass die eigenen Emotionen nicht für relevant erachtet werden.

Beispiele:

- (zumindest das Gefühl), dass starke Emotionen lächerlich gemacht werden
- (zumindest das Gefühl), dass intensive Bedürfnisse nicht wahrgenommen werden
- (zumindest das Gefühl), dass die Kommunikation von Missbrauch nicht ernst genommen wird



Auswirkungen des invalidierenden Umfeldes

- Individuum lernt nicht
 - Gefühle wahrzunehmen und zu benennen
 - Wie es Gefühle regulieren kann
 - Bedürfnisse wahrzunehmen und auszudrücken
 - Situationen mit ihren Auswirkungen auf die Gefühle zu verstehen
 - Eigene Gefühle ernst zu nehmen



- Stattdessen lernt das Individuum,...
 - ... dass der Ausdruck von Gefühlen negative Konsequenzen hat
 - ... dass eigene Gefühle falsch sind
 - ... dass man Probleme einfach lösen muss
 - ... dass eigene Bedürfnisse unwichtig sind



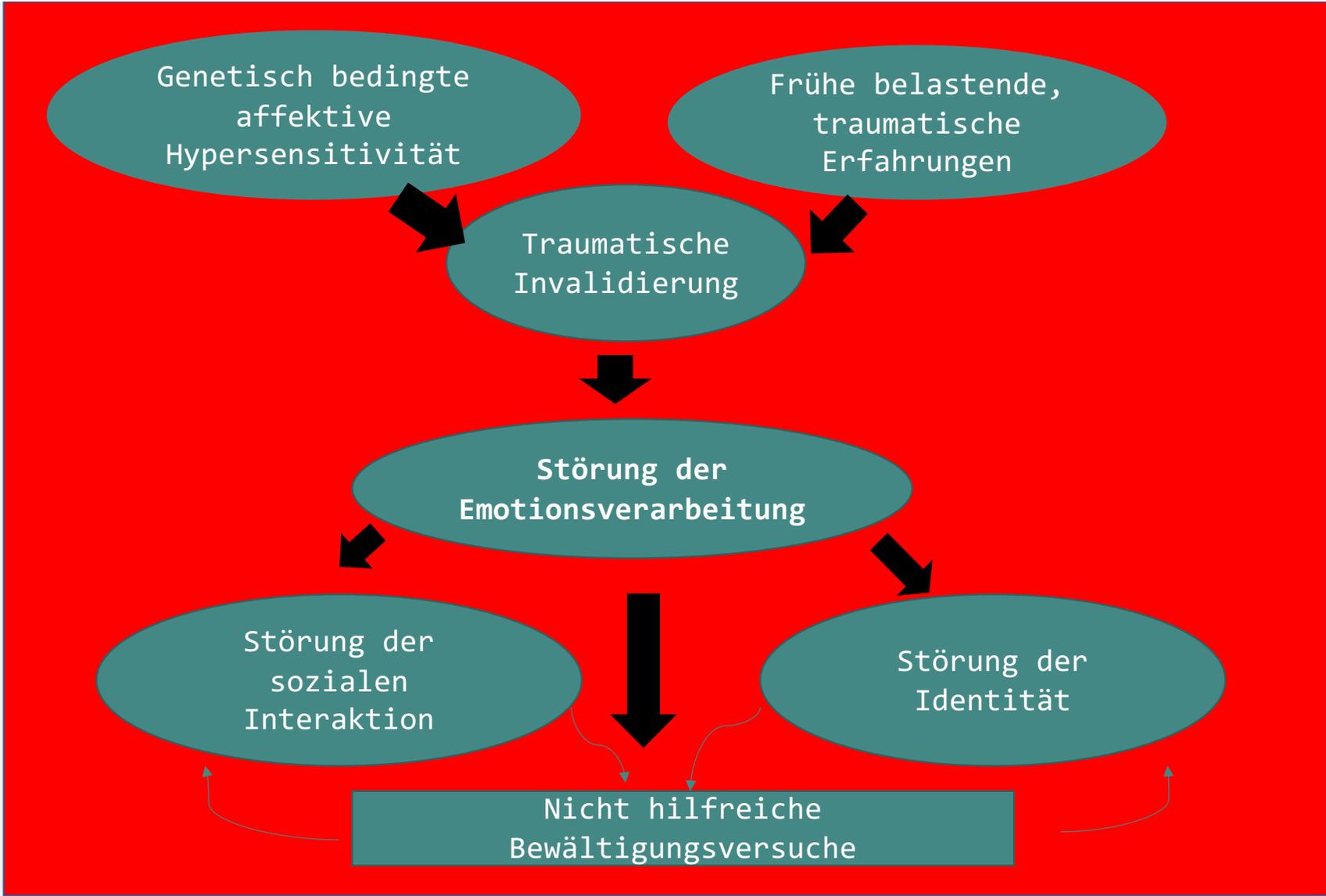
Die Folgen

Das Gefühl von starker Zurückweisung, nicht dazu zu gehören, anders zu sein als die anderen

Alienation: Das Gefühl nicht dazu zu gehören, anders zu sein

- Unsicherheit gegenüber eigenen Emotionen
- Vermeidung von schmerzhaften Emotionen
- Selbstschädigende Erklärungen für emotionales Erleben, z.B. „Es liegt an mir, weil ... !“





SEX



DRUGS



ROCK AND ROLL



Zentrale Versuche, die Spannung zu lösen

Schädliche
Bewältigungsversuche

- Früher Überlebensnotwendig
- Heute schädlich



Hilfreiche (?) Bewältigungsversuche

Suizidphantasien (suizidales Ruminieren)

Selbstverletzungen

(Suizid-)Drohungen

Alkohol / Drogen

Essen und Erbrechen

Hochrisikoverhalten

Hypersexualität



Unterscheidung suizidales Verhalten - Selbstverletzung

- Suizidversuch
Handlung mit der *klaren Intention sich zu töten*
- Parasuizidale Handlung
Selbstverletzungen, bei der der *Tod als Risiko in Kauf* genommen wird
- Hochrisikoverhalten
Handlungen, die zwar eine *hohe Gefahr* mit sich bringen, *aber nicht intentional tödlich* sind
- Selbstverletzung
Handlung mit *ungefährlicher Gewebeschädigung*. *Funktion*: aversive Spannung reduzieren, dissoziative Zustände beenden oder - in etwa 20% der Fälle - kurze Euphorisierung induzieren.





Weitere (Bewältigungs)reaktion: Dissoziation

- Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Stärke der erlebten Spannung und dem Ausmass erlebter dissoziativer Phänomene (Stiglmayer et al., 2001)

Definition Dissoziation: Störung der erlebten Integration von Bewusstsein, Gedächtnis oder Identität oder der Wahrnehmung der Umwelt

Arten der Dissoziation:

- Depersonalisation
- Derealisation
- Somatoforme Dissoziation (optisch, akustisch, olfaktorisch, kinästhetisch)
- Dissoziative Konversionsstörung



Porsche (BPS) versus Polo

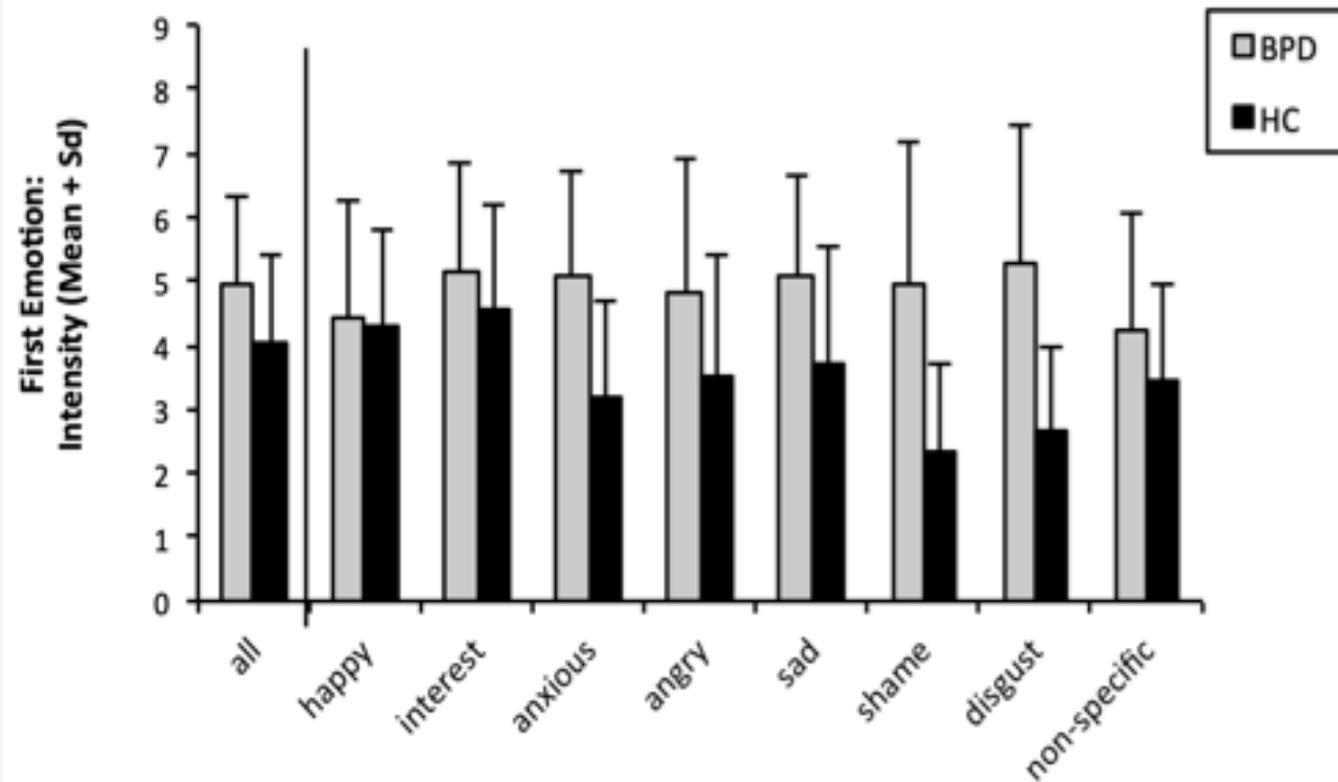
- Sensibel eingestellt auf Auslösereize / Triggerpunkte
- Reagiert rasch (emotionale Reagibilität / „von 0 auf 100“)
- „Starke Erhitzung“ respektive langsamere Abkühlung

Leitsymptom:

Unangenehme **Spannung** ohne differenzierte emotionale Qualität (Bohus 2000)



Intensive Affekte



Ebner-Priemer et al., 2004



Wut!

**Zentraler Primärer
Affekt**



Zentrales Spannung generierendes intrapsychisches Element

- Negative Grundannahme:
„Du bist nicht liebenswert!“
- Widersprüchliche Emotionen
z.B. Angst und Wut



Identitäts-Diffusion

AIDA 19+ Assessment of Identity Development in Adolescence
Identität im jungen Erwachsenenalter

Auf den folgenden Seiten finden Sie Aussagen, die Ihre Einstellungen, Meinungen, Interessen und Gefühle beschreiben könnten. Bitte lesen Sie jede Aussage durch und markieren Sie (durch ankreuzen), was für Sie am besten zutrifft. Bitte beantworten Sie jede Aussage, auch wenn Sie sich mit der Antwort nicht ganz sicher sind.

Es gibt keine “richtigen” oder “falschen” Antworten – beschreiben Sie einfach, wie Sie sich gewöhnlich oder meistens fühlen oder handeln. Wenn Ihnen manche Aussagen ähnlich vorkommen, dann ist das kein Test, sondern die Möglichkeit, dass Sie sich wirklich genau beschreiben können.

© 2014 K. Goth, C. Schrobildgen, M. Birkhözer, S. Schlüter-Müller & K. Schmeck

Bitte schauen Sie noch mal nach, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.
Vielen Dank!



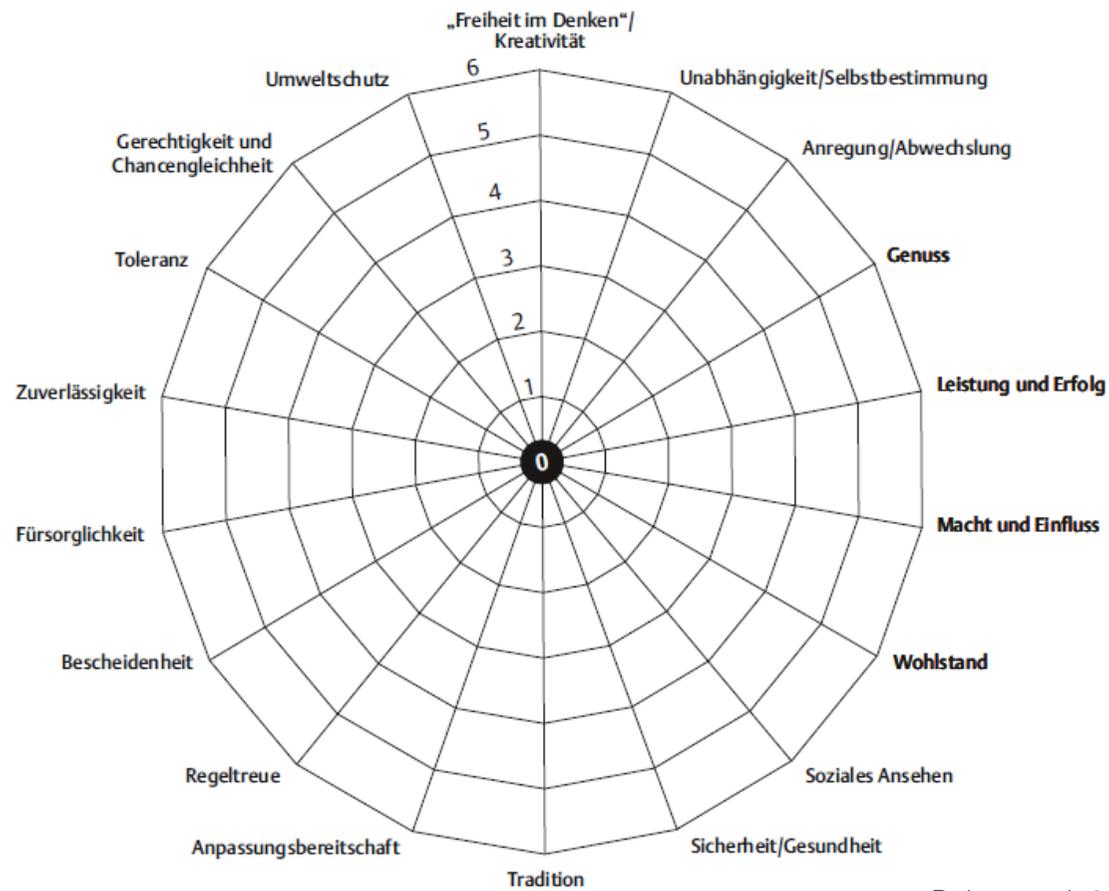
- Erfolgreiches Bewältigen von Identitätskrisen führt zu einem subjektiven Gefühl der Kontinuität und Kohärenz des Selbsterlebens (OPD Taskforce)

Versus

- Blockaden der Identitätsentwicklung
- Identität vs Identitätsdiffusion (Diskontinuität, Inkohärenz)



Identität und Werte



Bohus et al. 2013



Seminarübersicht: Inhalt

Borderline-Patient*innen verstehen:

- Diagnostik, Eckdaten, Phänomenologisches

Borderline-Persönlichkeitsstörung psychotherapeutisch behandeln:

- Wie gestalte ich den Start der Therapie?
- Grundlagenmodell der Allg. Psychotherapie (nach Klaus Grawe)
- Komplementäre Beziehungsgestaltung

State of the art: Behandlungsansätze 3. Welle:

- Dialektisch behaviorale Therapie (DBT nach Marsha Linehan)

Eigene Reaktionen und besondere Situationen

- Eigene Schemata und eigene Bewältigungsreaktionen
- besondere Situationen: Dissoziation, Krisen und Suizidalität



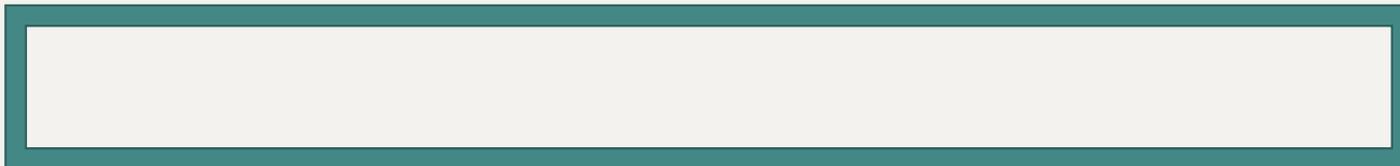
Zu Beginn der Therapie

Exploration

Diagnostik

Problemverständnis (biopsychosoziales Erklärungsmodell)

Was ist am wichtigsten?



Biographie

- Genogramm
- Biographische Anamnese
- Psychiatrische Anamnese
- Beziehungsanamnese (invalidierende Erfahrungen)
- Psychosexuelle Entwicklung erfassen

Invalidierendes Umfeld



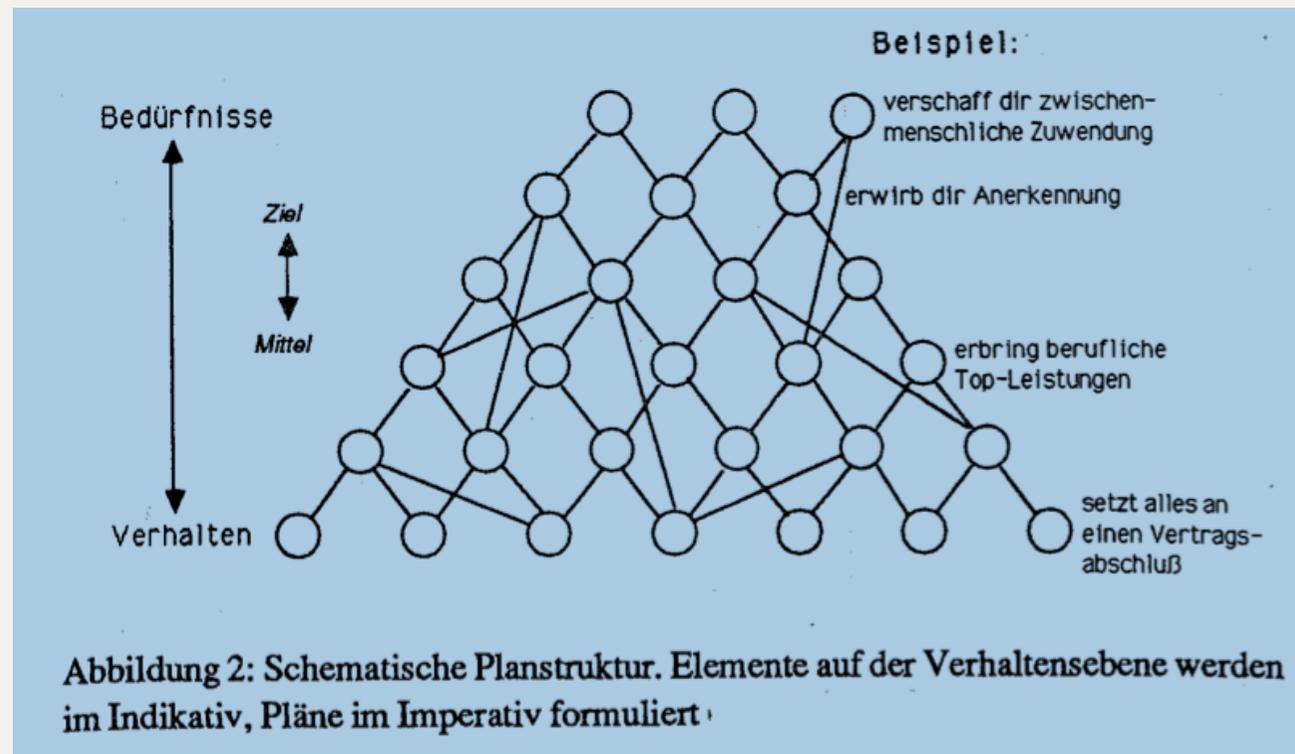
Problemverständnis entwickeln – Konsistenztheorie (Grawe)

- Inkongruenz-Analyse
- Annäherungs- und Vermeidungsziele
- Störungsmuster mit Eigendynamik
- Beziehungsanalyse und komplementäre Beziehungsgestaltung
- Schema-Analyse
- Ressourcenanalyse nicht vergessen!
- Analyse des Genogramms
- Beziehungstests!

- **Funktionales Problemverständnis**



Typische Pläne von Borderline-Patienten

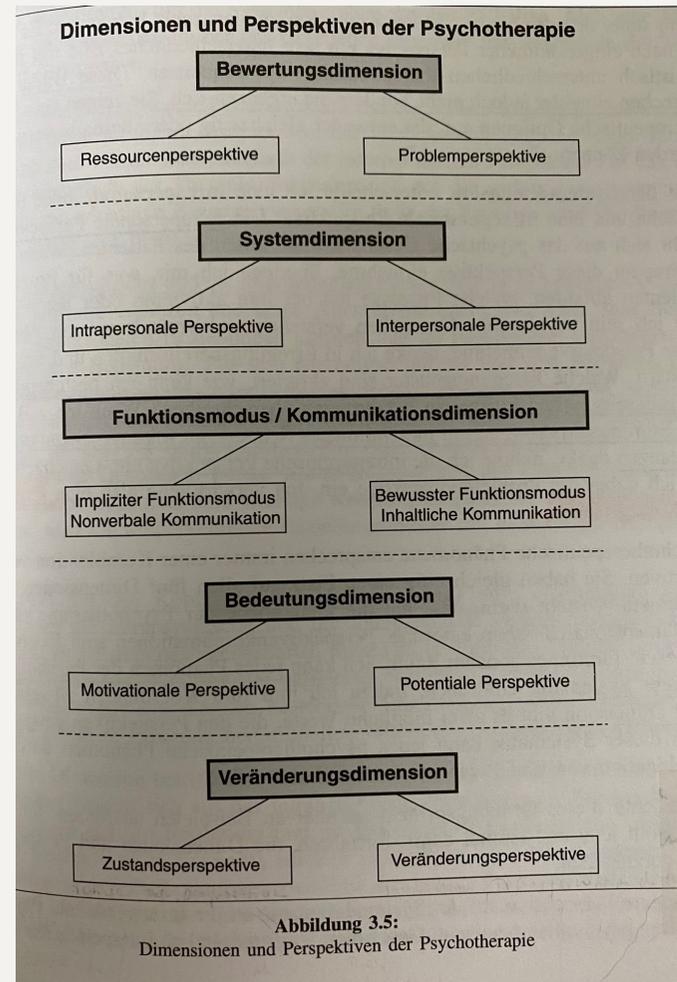


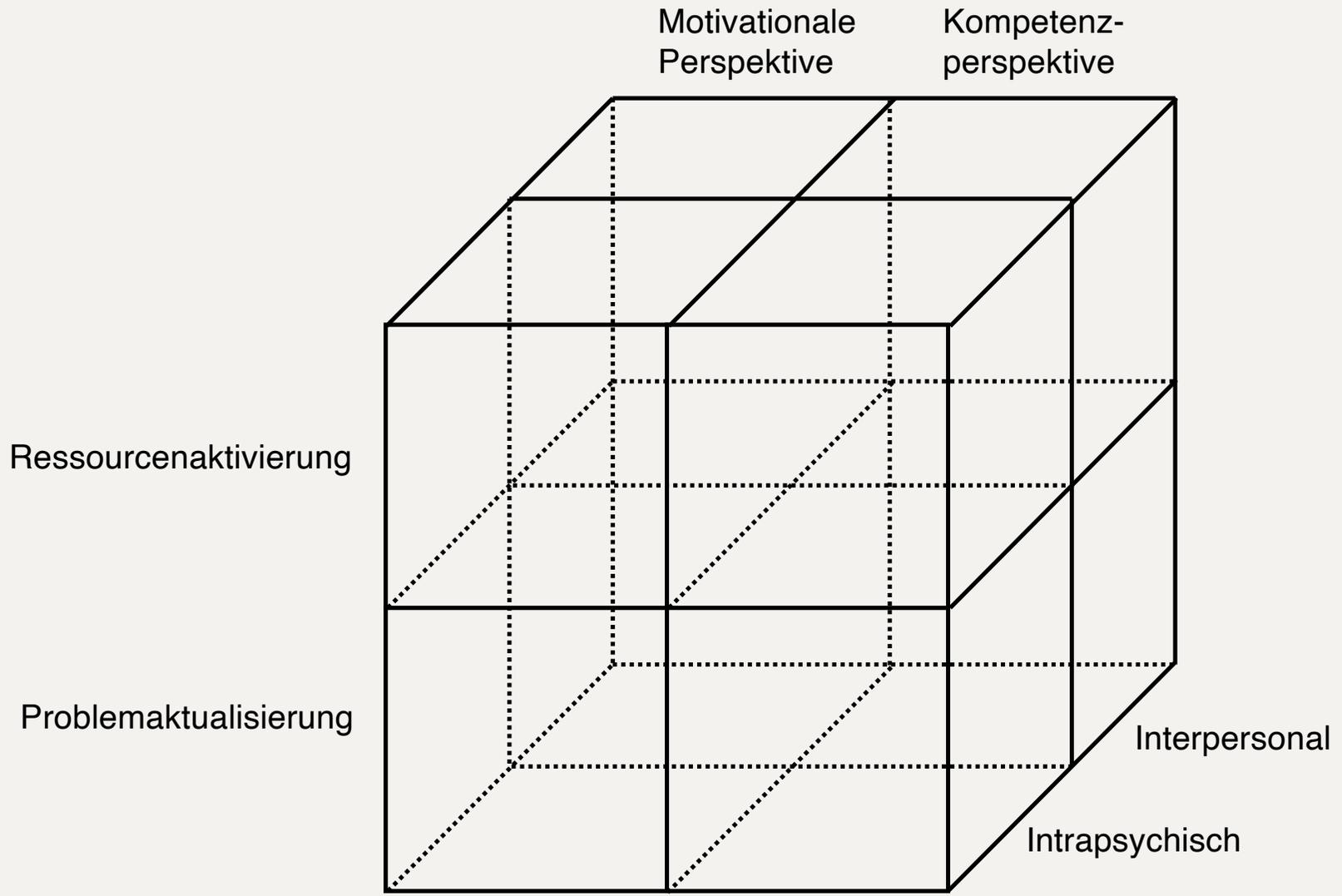
Typische Pläne - Komplementäre Beziehungsgestaltung

Brainstorming, Beispiele in Kleingruppen



Dimensionen und Perspektiven der Psychotherapie (Grawe)





Realisierung der Wirkfaktoren

	Was? Welches Problem? Welcher Bereich? Welche Situation?	Wie? Konkrete Interventionen für die Realisierung der Wirkfaktoren
Ressourcenaktivierung		
Problemaktualisierung		
Bewältigung		
Klärung		



Schemata (Sachse)

Selbst-Schemata			
	<p>Ich bin nicht wichtig. Ich bin nicht gut genug. Ich bin wertlos.</p> <p>VS.</p> <p>Ich bringe die besten Leistungen und ich werde überall geschätzt. Ich bin die beste und einfühlsamste Führungsperson. Ich weiss alles, kann allen helfen.</p>	<p>Vorgesetzte hat ihre Türe beim Arbeitsplatz zu. Vorgesetzte kontrolliert eine Arbeit von ihm.</p> <p>Bekommt eine Auszeichnung für gute Leistungen. Kunden loben ihn. Arbeitskollegen fragen um Rat und deponieren ihre Sorgen bei ihm.</p>	<p>Erschöpfung, Schwere Traurigkeit Minderwertigkeit Einsamkeit</p> <p>Hochgefühl Macht</p>
Normative Schemata			
	<p>Sei der Beste, bringe die besten Zahlen. Vermeide Fehler. Vermeide Kritik. Sorge dafür, dass du die Oberhand hast.</p>	<p>Bedienen von Kunden am Schalter (insbesondere wenn viele Kunden warten). Vorgesetzte teilt ihn bei der Arbeit ein.</p>	<p>Druck, Anspannung</p>
Regel-Schemata			
	<p>Andere sollen für ihren Lohn arbeiten. Andere sollen ihre Arbeit zuverlässig und pflichtbewusst erledigen.</p> <p>Die Vorgesetzte hat für die Mitarbeitenden da zu sein. Die Vorgesetzte hat Hektik im Betrieb abzufangen.</p>	<p>Mitarbeiter, die am Schalter stehen und nichts tun oder mit einem Kunden unnötig schwatzen.</p> <p>Vorgesetzte ist im Stress, wechselt nur wenige Worte, nimmt sich keine Zeit für ausführliche Mitarbeitergespräche.</p>	<p>Wut</p>



Seminarübersicht: Inhalt

Borderline-Patient*innen verstehen:

- Diagnostik, Eckdaten, Phänomenologisches

Borderline-Persönlichkeitsstörung psychotherapeutisch behandeln:

- Wie gestalte ich den Start der Therapie?
- Grundlagenmodell der Allg. Psychotherapie (nach Klaus Grawe)
- Komplementäre Beziehungsgestaltung

State of the art: Behandlungsansätze 3. Welle:

- **Dialektisch behaviorale Therapie (DBT nach Marsha Linehan)**

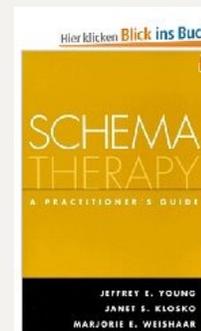
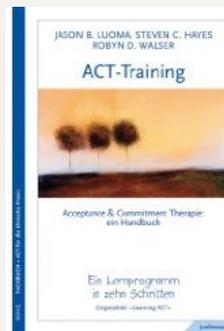
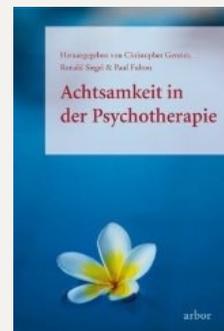
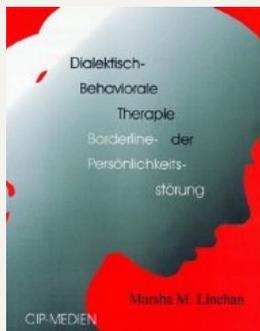
Eigene Reaktionen und besondere Situationen

- **Eigene Schemata und eigene Bewältigungsreaktionen**
- **besondere Situationen: Dissoziation, Krisen und Suizidalität**



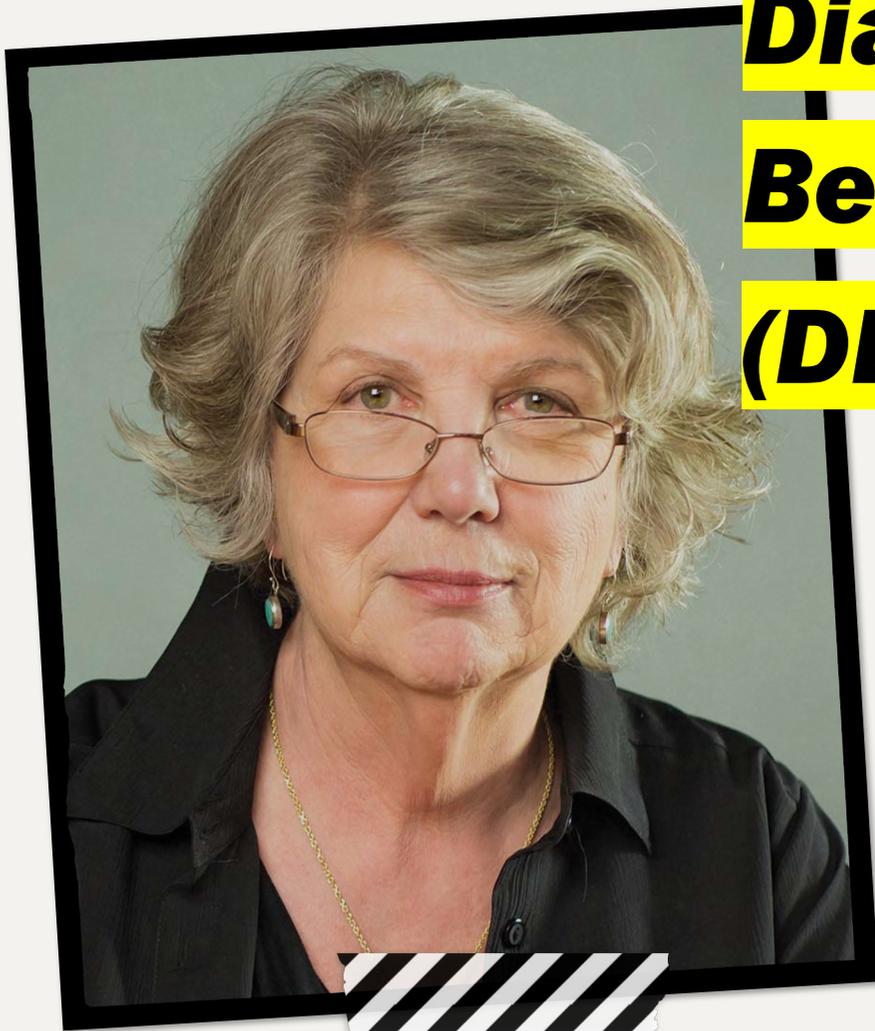
Die dritte Welle der Verhaltenstherapie

- Ansätze der ‚dritten Welle‘



- Berücksichtigung des Kontextes und der spezifischen Erfahrung
- Integration hilfreicher Ansätze und Techniken aus anderen Verfahren
 - theoriebasiert
 - empirisch validiert





Dialektisch

Behaviorale Therapie

(DBT)





Grundannahmen

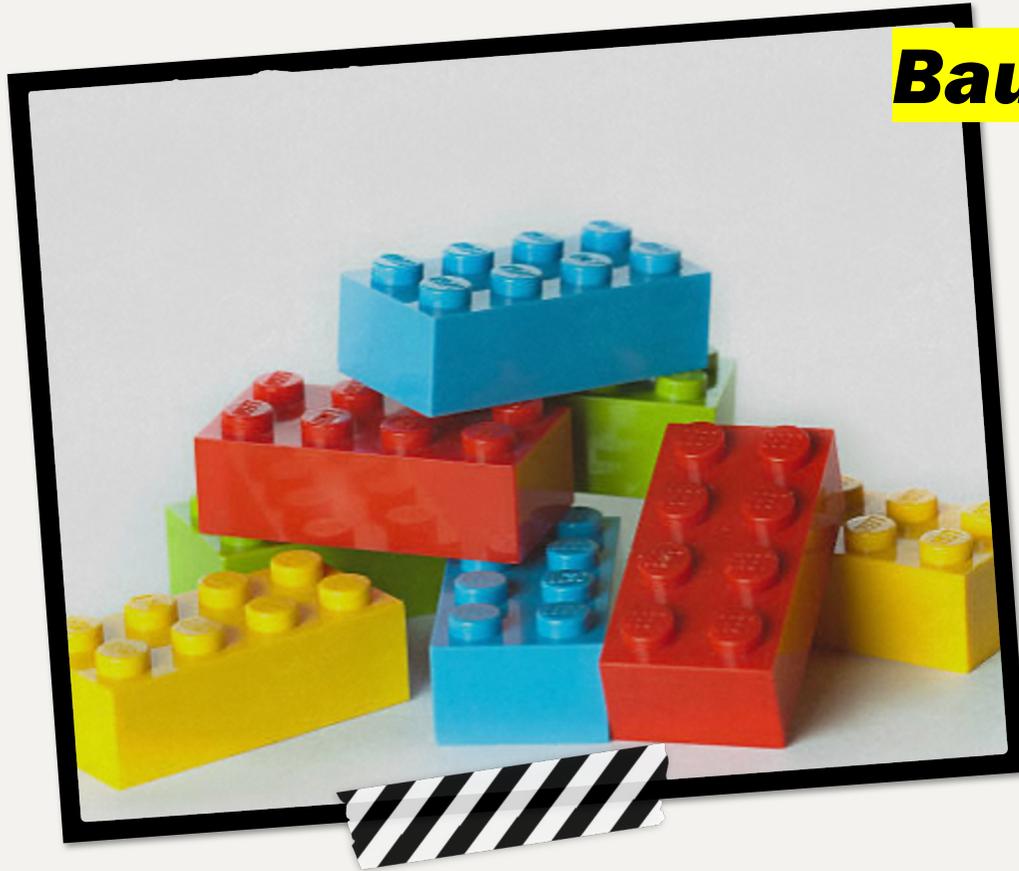
1. Patient_innen geben sich wirklich Mühe.
2. Patient_innen wollen sich verändern.
3. Patient_innen müssen sich stärker anstrengen und härter arbeiten, um sich zu verändern als wir.
4. Patient_innen haben ihre Schwierigkeiten nicht alle selbst verursacht, aber müssen sie «selber» lösen.



5. Das Leben suizidaler BPS Patient_innen ist so, wie es gegenwärtig gelebt wird, nicht auszuhalten.
6. Patient_innen müssen neues Verhalten in vielen relevanten Dimensionen und Lebensbereichen erlernen.
7. Patient_innen können in der DBT nicht versagen.
8. Therapeut_innen, die Borderline-PatientInnen behandeln, brauchen Unterstützung.



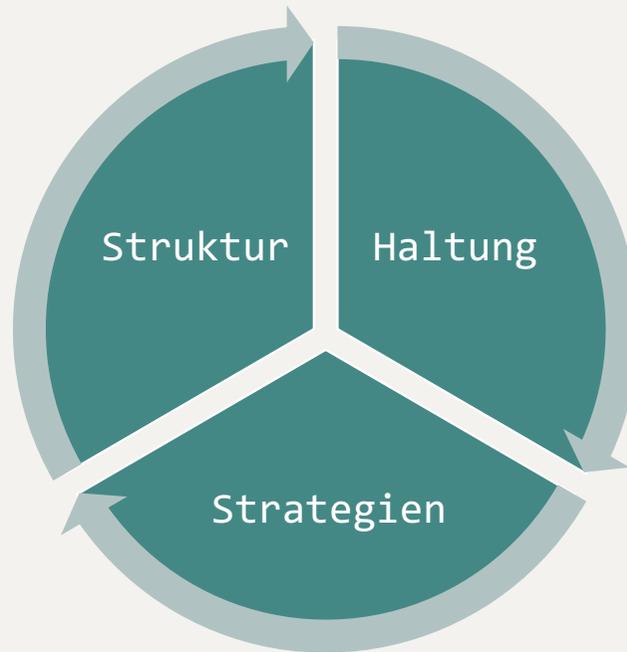
Bausteine der Therapie



- Ambulante Einzel-Psychotherapie
- Telefonkontakte (Telefoncoaching)
- Ambulantes Skills-Training
- TherapeutInnen-Supervisionsgruppe
- Ergänzende Behandlungen (z.B. Pharmakotherapie)
- inhaltliche Elemente:
 - *dialektische Beziehungsgestaltung mit Akzeptanz-/Validierungs- versus Veränderungsstrategien*
 - *therapeutische Haltung gemäss der DBT-Grundannahmen, hierarchische Therapieplanung*
 - *DiaryCard, Therapievertrag und Verhaltensanalysen*
 - *Non-Suizid-Commitment als Voraussetzung der längerfristigen therapeutischen Zusammenarbeit*



3 zentrale Komponenten zur Therapie- Konzeptualisierung



Bausteine der DBT: JAZZ



Strukturelemente

«DBT verlangt klare Absprachen zwischen Therapeutin und Patientin, bevor mit der Therapie begonnen wird»

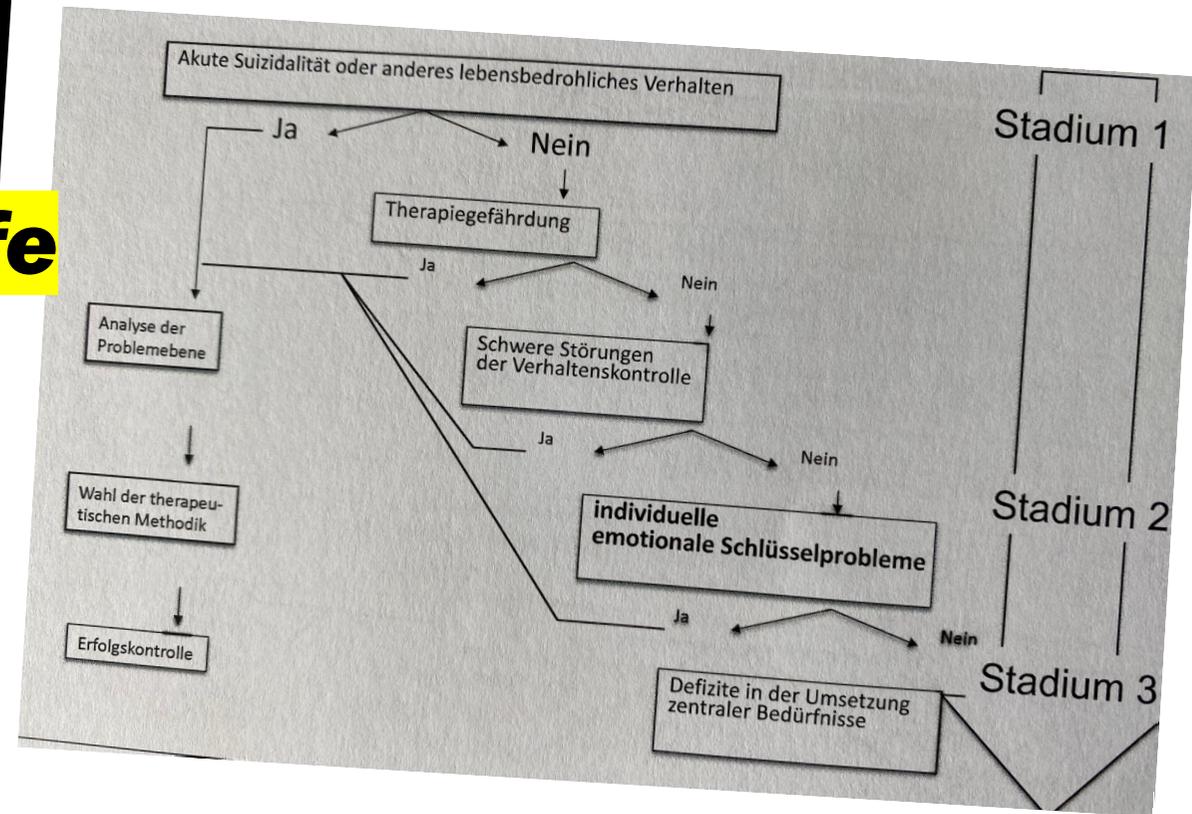
- Klare Absprachen und Therapievereinbarungen bevor mit der Therapie begonnen wird (Non-Suizidversprechen, Therapievertrag, übergeordnete Behandlungsziele ...)
- Vorher festgelegte Therapiedauer, klar definierte individuelle Behandlungsziele und fixe Therapieinstrumente (Diarycard, Verhaltensanalysen ...)
- Eindeutige Hierarchisierung der Behandlungsfoki nach der Bedrohung für die Lebensqualität der Patienten
- Unterscheidung von abgrenzbaren Therapiephasen

Immer in der
Beziehung sein!

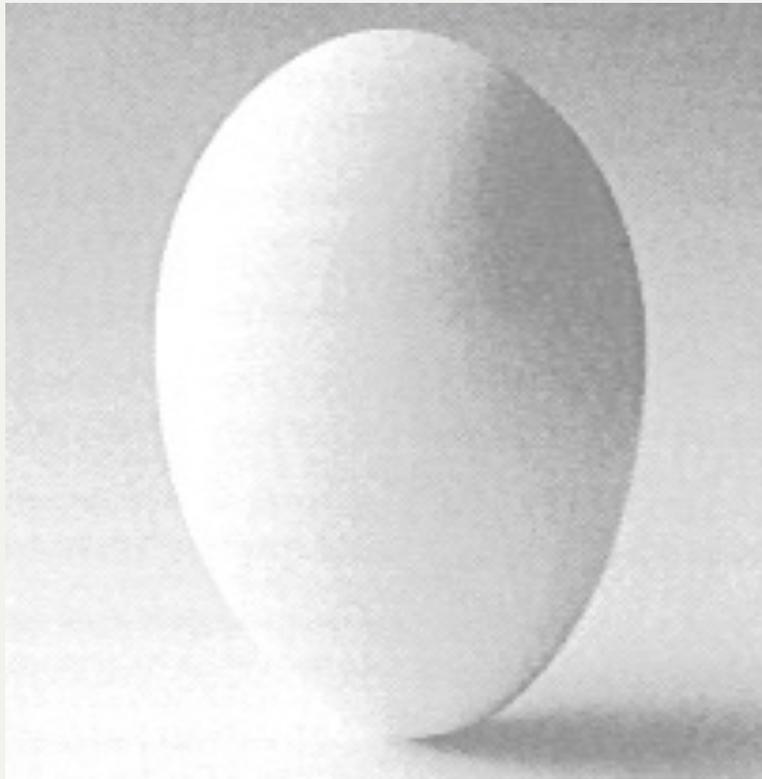


Orientierungshilfe

- Die DBT strukturiert die Inhalte und Methoden anhand von Entscheidungsregeln



Nutzen von Verhaltensanalysen





***Nutzung der Diary
Card in der Therapie***



Handz. Therap. / Pflege	T A G	Suizidale Ideen (0-5)	Selbst- schädigung		Not/ Elend (0-5)	Spezielles Problemverhalten				PMS* (j/n)	Men- strua- tion (j/n)	Schlaf (0-5)	Entscheidung für neuen Weg (0-5)	Positive Aktivitäten			Freu- de (0-5)
			Drang (0-5)	Handl. (j/n)		Drang (0-5)	Handl. (j/n)	Drang (0-5)	Handl. (j/n)					Drang (0-5)	Handl. (j/n)	Skills (0-7)	
	MO																
	DI																
	MI																
	DO																
	FR																
	SA																
	SO																

* PMS = Prämenstruelles Syndrom

→ Kodierungen:

suizidale Vorstellungen

- 0 = keine
- 1 = kaum
- 2 = mäßig
- 3 = drängend
- 4 = sehr drängend
- 5 = das Denken ist komplett auf suizidale Ideen eingeeengt

Selbstverletzungsdrang

- 0 = keine
- 1 = kaum
- 2 = mäßig
- 3 = starker Drang
- 4 = sehr starker Drang
- 5 = nicht kontrollierbar

Not/Elend/Freude/Entscheidung neuer Weg

- 0 = kein
- 1 = kaum
- 2 = etwas
- 3 = mittelmäßig
- 4 = groß
- 5 = sehr groß

Schlaf

- 0 = gar nicht
- 1 = sehr schlecht
- 2 = schlecht
- 3 = mittelmäßig
- 4 = gut
- 5 = sehr gut

Skills / körperl. Aktivitäten

- 0 = nicht daran gedacht und nicht angewandt
- 1 = daran gedacht, aber nicht angewandt, wollte nicht
- 2 = daran gedacht, nicht angewandt, hätte aber gewollt
- 3 = habe es versucht, konnte sie aber nicht anwenden
- 4 = versucht, konnte sie anwenden, aber sie halfen nicht
- 5 = automatisch angewendet, aber sie halfen nicht
- 6 = versucht, konnte sie anwenden und sie halfen
- 7 = automatisch angewendet und sie haben geholfen



Überblick Behandlungsstrategien

- Dialektische Beziehungsgestaltung, Dialektische Strategien
- Commitmentstrategien
- Validierungsstrategien
- Veränderungsstrategien
 - Anleitung zur Selbstbeobachtung (z.B. Wochenprotokolle, Früherkennung)
 - Verhaltensanalysen
 - Kontingenzmanagement
 - kognitive Umstrukturierung
 - Expositionsverfahren
 - Aufbau von Alternativfertigkeiten: Skills



- **Arbeiten mit dem emotionalen Netz** (Bohus/Wolf-Arehult: Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten, 2. Aufl. © Schattauer Verlag 2009, 2013)

- **Beispiele von kognitiven Interventionen**

- + Kognitive Bearbeitung der Grundannahmen
- + Analyse der Denkmuster
- + „Fehlwahrnehmungen“ analysieren
- + Psychoedukation





Das emotionale Netz

Eine aktivierte Emotion hat also Auswirkungen in fünf Bereichen:

- 1. Wahrnehmung:** Wir deuten die Dinge, die wir wahrnehmen, im „Licht“ der Emotion. Wenn wir z. B. Angst haben, sehen wir in den Blicken von harmlosen Passanten Bedrohung.
- 2. Gedanken:** Unser Denken orientiert sich an unseren Gefühlen. Erinnerungen, die mit Gefühlen zusammenhängen, werden wachgerufen. Je stärker die Emotion ist, desto stärker werden die Erinnerungen und desto eingengter wird das Denken.
- 3. Körperreaktionen:** Je stärker die Emotion, desto heftiger reagiert der Körper (Herzrasen, schnelle Atmung, Schwitzen, Magendrücken, Enge im Hals usw.).
- 4. Motorik:** Unbewusst steuert die Emotion auch unsere Muskeln. Wir nehmen eine Körperhaltung ein, die der Emotion entspricht, z. B. bei Wut: aufrichten, Fäuste ballen und Kinn nach vorne.
- 5. Handlungsdrang:** Jede Emotion ist an einen Handlungsimpuls oder Handlungsentwurf gekoppelt. Bei Angst wollen wir z. B. die Situation verlassen, fliehen oder Hilfe und Unterstützung suchen. Bei Wut wollen wir angreifen, uns verteidigen oder uns rächen. Wir planen oder zeigen also Reaktionen, die der Emotion entsprechen. Aber es steht uns frei, in unserem Tun der Emotion nachzugeben oder bewusst anders zu handeln.

Die Intensität, also die Stärke einer Emotion, hängt ganz davon ab, wie viele der **fünf Aspekte** (Wahrnehmung, Gedanken, Körperreaktionen, Motorik, Handlungsdrang) gleichzeitig aktiviert werden. Sie können die Emotionen stärker oder schwächer machen.



Die dialektische Beziehungsgestaltung als Tanz

«Die Dialektik im Zusammenhang mit der therapeutischen Beziehung kann man vielleicht mit einem Tanz vergleichen.

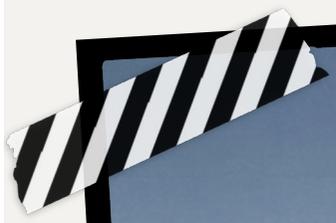
Der Therapeut muss auf die Schritte seiner Patient*in sehr sensibel reagieren und sie ganz leicht aus der Balance bringen, dabei aber immer eine stützende Hand bereit halten.

So kann sich die Patientin langsam fallen lassen und sich ganz nach der Musik bewegen.

Häufig geraten die Bewegungen der Patientin jedoch ausser Kontrolle so dass der Therapeut sofort mit einer Gegenbewegung reagieren muss, damit die Patientin nicht von der Tanzfläche stürzt.»

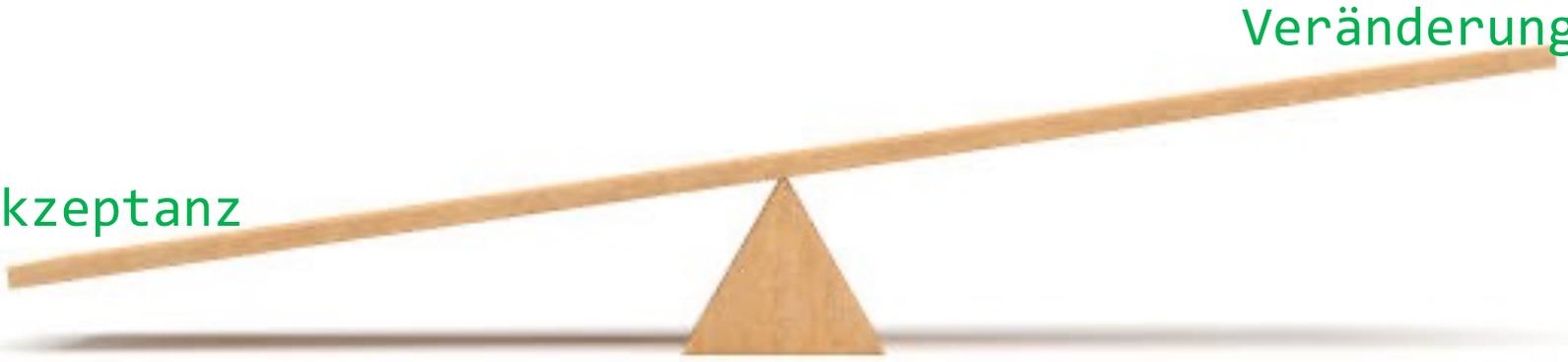
(Marsha Linehan, 1996, S. 149)





**Die
therapeutische
Beziehung als
Begegnung auf
der Wippe**





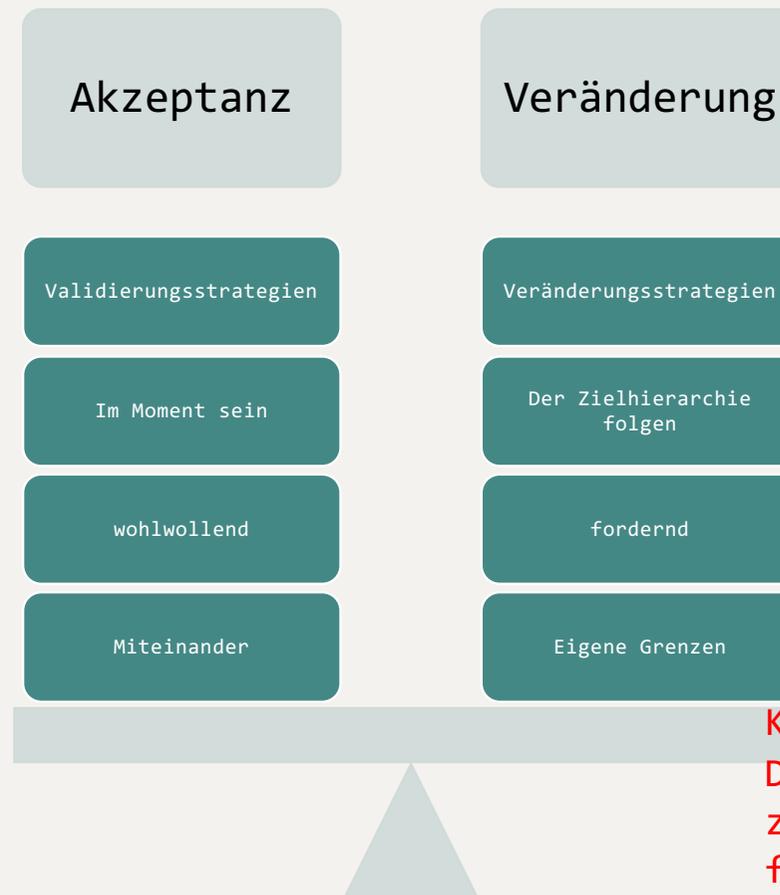
Akzeptanz

Veränderung

**Akzeptanz und Veränderung im
Prozess**



Felder der dialektischen Beziehungsgestaltung



Kreativ sein in der Dialektik:
z.B. Warm, zugewandt vs
frech, provokativ



Validierung als...

- ... Konstant erfahrene Akzeptanz und Wertschätzung der Empfindungen und Gefühle des Gegenübers
- Als Botschaft: „Ich nehme deine subjektive Welt wahr, ohne sie zu bewerten“, „Ich versuche dein subjektives Erleben nachzuempfinden“
- Attunement
- ... „stützende Hand“
- ...strategisches Vorgehen
- Vermeidung von Invalidierung



Die Validierungsstrategien V1 – V7

V1: Aufmerksamkeit

V2: Reflektieren

V3: Verbalisieren

V4: Bezugnahme auf Lernerfahrung (oder Krankheit)

V5: Bezugnahme auf gegenwärtige Umstände

V6: Radikale Echtheit

V7: Cheerleading



V1: Aufmerksamkeit

- Therapeutisches Verhalten:
 - interessiert und ungeteilt aufmerksam sein - zuhören und beobachten
 - erinnern von früher Gesagtem
 - nachfragen, um zu verstehen, nachfühlen zu können
- Angestrebte Wirkung: P fühlt sich urteilsfrei wahrgenommen
 - P erlebt, dass er die Anstrengung wert, verstanden zu werden
- Therapeutische Funktion:
 - beständige Basis der therapeutischen Beziehungsgestaltung



V2: Reflektieren

- Therapeutisches Verhalten:
 - wiederholen, was man (akustisch) verstanden hat - ansprechen, was man (objektiv) sieht
 - komplementäre Stimme und Körpersprache
- Angestrebte Wirkung:
 - P fühlt sich (nur) damit wahrgenommen, was er selbst offenbart
 - P erfährt, was von seiner Selbstoffenbarung beim Th ankommt - die von P gewählte Nähe-Distanz bleibt gewahrt
- Therapeutische Funktion:
 - wertfreie Akzeptanz der aktuellen Perspektive des Patienten - keine Verstärkung des Erlebens des Patienten
 - Ruhe, Sicherheit



V3: Verbalisieren

- Therapeutisches Verhalten:
 - zum Ausdruck bringen, was man (empathisch) vom P zu verstehen glaubt
 - ansprechen, was P selbst (verbal) nicht offenbart
 - antizipierend benennen, was P in einer kommenden Situation erleben wird
- Angestrebte Wirkung:
 - P kommt stärker mit sich selbst in Kontakt
 - P gewinnt mehr Vertrauen zum Therapeuten - die von P gewählte Distanz wird verringert
- Therapeutische Funktion:
 - Förderung der aktuellen Selbstreflektion des P
 - Wechsel der aktuellen Erlebensebene des P
 - Ermutigung des P, sich weiter zu öffnen



V4: Bezugnahme auf Lernerfahrung (oder Krankheit)

- Therapeutisches Verhalten:
 - die lerngeschichtliche Ursache benennen, aufgrund derer P zu verstehen ist
 - Betonung, dass es sich angesichts dessen um eine „normale“ Reaktion handelt
- Angestrebte Wirkung:
 - P kann sein Verhalten/Erleben in diesem Kontext sehen und verstehen
 - P lehnt sich (innerlich) weniger gegen sein eigenes aktuelles Erleben auf (denkt weniger: „ich sollte eigentlich“, „ich müsste doch...“)
- Therapeutische Funktion:
 - Förderung der Selbstakzeptanz des P
 - Relativierung der (aktuell zu hohen) Ansprüche des P an sich selbst



V5: Bezugnahme auf gegenwärtige Umstände

- Therapeutisches Verhalten:
 - den gegenwärtigen Stimulus benennen, aufgrund dessen P zu verstehen ist
 - ansprechen, aufgrund welcher eigenen Annahme P zu verstehen ist
 - normativ Stellung beziehen (P's Verhalten oder Erleben als „normal“ werten)
- Therapeutische Haltung:
 - Respekt dafür zeigen, dass Wertmassstäbe unterschiedlich sein können
 - P eine objektive und realistische Bewertung zumuten



- Angestrebte Wirkung:
 - P kann sein Verhalten / Erleben in diesem Kontext sehen und verstehen
 - P erkennt, dass seine Sichtweise (nur) eine mögliche Perspektive ist
 - P öffnet sich (bestenfalls) für eine neue / andere Perspektive
- `Therapeutische Funktion:
 - Einladung an den P, seine eigenen Annahmen / Erwartungen zu hinterfragen
 - mögliches „Tor zur Veränderung“



V6: radikale Echtheit

- Therapeutisches Verhalten:
 - eigene (empathische) Reaktionen authentisch und spontan zeigen
- Angestrebte Wirkung:
 - P fühlt sich als (gleichberechtigte) Person ernst genommen
- Therapeutische Funktion:
 - Stärkung des Selbstvertrauens und des Verantwortungsgefühls des P
 - Intensivierung der therapeutischen Beziehung



V7: Cheerleading

- Therapeutisches Verhalten:
 - Th zeigt oder vermittelt P, dass er an ihre Fähigkeiten und ihren Wert glaubt
- Angestrebte Wirkung:
 - P fühlt sich bedingungslos wertgeschätzt
 - P verbessert Selbstwirksamkeit und Selbstvertrauen
- Therapeutische Funktion:
 - Irritation dysfunktionaler Selbstkonzepte



V4: ich zeige dir
Verständnis dafür im
Kontext deiner
lebensgeschichtlichen /
biologischen Erfahrung

V5: ich zeige
dir Verständnis
dafür, im
Kontext deiner
aktuellen
Lebenssituation

Erleben und Verhalten der
Patient*in

V6: Ich reagiere
authentisch
darauf

V1: Ich lasse dich
spüren dass ich
interessiert da bin

V2: Ich spiegle
dir was bei mir
angekommen ist

V3: Ich verbalisiere
etwas, was ich
empathisch wahrnehme,
Du aber nicht
ausgesprochen hast



Validierungsfallen

- Interpretieren oder Deuten
- Präzisieren / Korrigieren / Verbessern
- Trost spenden
- Beschwichtigen
- Bagatellisieren oder Dramatisieren
- Neugieriges Nachfragen
- Lösungsvorschläge machen
- Rationalisieren
- Kritisieren
- Loben



Validierungsschritte üben (Video)



6 Commitmentstrategien

Ein klares Commitment seitens des Patienten wird in der Therapie benötigt für:

- das Non-Suizid-Abkommen
- den Therapievertrag
- die vereinbarten Therapieziele
- notwendige Therapiebausteine
- das Thema der Therapiestunde
- jegliche andere Vereinbarungen oder Ziele



1. Pro und contra

- Ausgangsidee:

Menschen halten sich eher an Vereinbarungen, an die sie glauben, als an solche, an die sie nicht glauben.

- Ziele:

Vorteile einer geprüften und getroffenen Entscheidung wiederholen frühzeitige Argumente gegen Zweifel entwickeln, die ziemlich sicher später auftauchen werden.

- Methode:

Argumente sammeln und diskutieren und abwägen

4-Felder Schema



2. Fuss in die Tür / Tür ins Gesicht

- Ausgangsidee:

Einen „Verhandlungsspielraum“ anbieten und nutzen.

- Ziel:

Eine bereits deklarierte grundsätzliche Bereitschaft „step by step“ bis zu einem gewünschten Ergebnis erweitern.

- Methodik:

Fuß in die Tür:

- eine einfachere Anforderung wird von einer schwierigeren gefolgt.

Tür ins Gesicht:

zunächst mehr verlangen, als erwartet, dann etwas Leichteres vereinbaren.

Kombination beider Techniken:

+ zunächst etwas sehr Schwieriges verlangen, dann zu etwas Einfachem zurückgehen um letztlich zu etwas Schwierigem zu gelangen.



3. *Advocatus diaboli*

- Ausgangsidee:

Durch eine paradoxe Reaktion die Haltung des Patienten irritieren.

- Ziel:

Den Patienten zu einem spontanen Schritt in Richtung des gewünschten Zieles provozieren.

- Methodik:

Wenn eine schwache Zustimmung seitens des Patienten vorhanden oder zumindest spürbar ist, Argumente entwickeln, die gegen eine Zustimmung sprechen.

Cave: Die Argumente müssen dabei etwas schwächer sein als die Argumente des Patienten für eine Zustimmung!



4. Betonung der freien Wahl

- Ausgangsidee:

Zustimmung und Zusammenarbeit werden verstärkt, wenn Menschen spüren, eine Entscheidung aus freien Stücken getroffen zu haben.

- Ziel:

Die Zustimmung des Patienten auf der Grundlage einer ihm spürbar eigenen, freien Entscheidung erreichen.

- Methodik:

Betonung der Freiwilligkeit und/oder Wahlmöglichkeit seitens des P.

Cave: Es sollten neben Entscheidungsfreiheit des Patienten gleichzeitig klar realistische Konsequenzen seiner jeweiligen Entscheidung aufgezeigt werden



5. Erinnern an eine frühere Zustimmung

- Ausgangsidee:

Wenn die Stärke einer früheren Zustimmung abzunehmen scheint oder das Verhalten des P nicht mehr mit bereits getroffenen Vereinbarungen kongruent ist, kann auf eine frühere grundsätzliche Zustimmung zurückgegriffen werden.

- Ziel:

Keine neue Verhandlung führen, schnell eine aktuelle Zustimmung bekommen

Besonders hilfreich in Krisensituationen, in denen das Entwickeln einer Zustimmung extrem schwierig scheint

- Methodik:

Ein früher bereits entwickeltes Commitment ansprechen, um in einer aktuellen Situation die Zustimmung des Patienten zu erhalten.

Cave: Es kann dabei dennoch zur Diskussion von bereits getroffenen Vereinbarungen kommen!



6. Shaping

- Ausgangsidee:

Die Bereitschaft für eine Zustimmung erhöht sich, wenn Schritte in diese Richtung positiv verstärkt werden

- Ziel:

Den Glauben der P an sich selbst erhöhen.

- Methodik:

P ermutigen und kleinste Fortschritte positiv verstärken, betonen, dass er/sie alles in sich trägt, um eine Schwierigkeit bewältigen zu können.

Cave: Diese Strategie ist nur dann sinnvoll, wenn bereits erste (Fort-) Schritte seitens P passiert sind



Commitmentstrategien üben



Fallvignette

Frau M. ist eine 18-jährige Patientin.

Sie kommt, zugewiesen von ihrer ambulanten Psychotherapeutin, zu einem Erstgespräch, um damit auf die Psychotherapiestation eintreten zu können.

Sie will unbedingt in die Klinik eintreten, um nicht mehr am anstrengenden Alltag mit der Lehre und den unmöglichen Eltern teilnehmen zu müssen...

Frau M. berichtet, der Alltag sei so belastend, dass sie sich total unverstanden fühle und jeden Abend auf 180 sei. Dann ritze sie sich jeweils in die Arme, um sich zu beruhigen. Auch kiffe sie täglich ca 2 Joints, um sich zu beruhigen und einschlafen zu können.... Überhaupt mache doch das Leben so keinen Sinn und «irgendwann werde sie «es wohl tun».

Die ambulante Therapeutin schreibt, dass Frau M. ihren Alltag nicht mehr meistern könne, nur noch zu Hause herumliege, und zu viel Cannabis und Alkohol konsumiere.

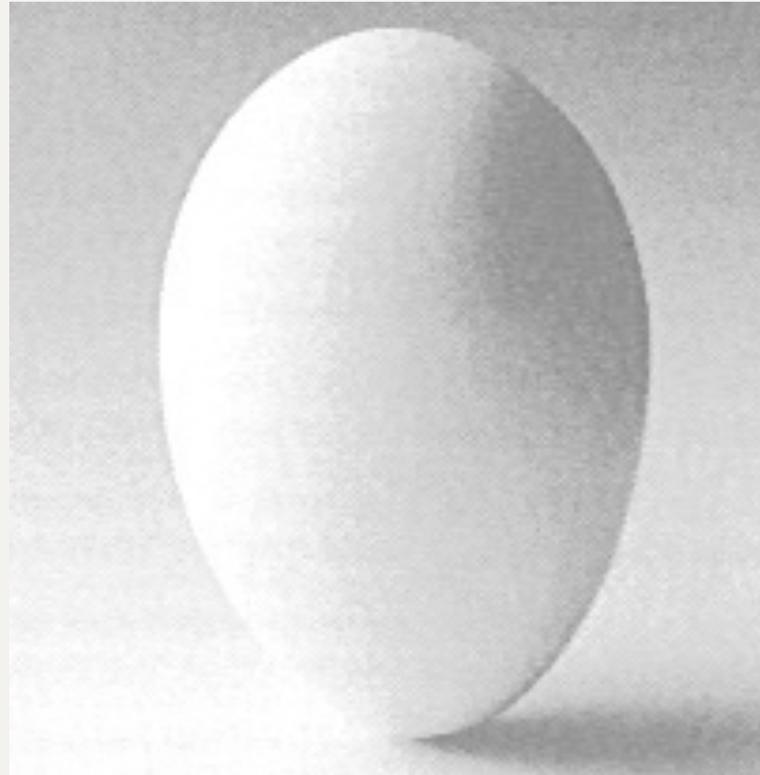
Aufgabe:

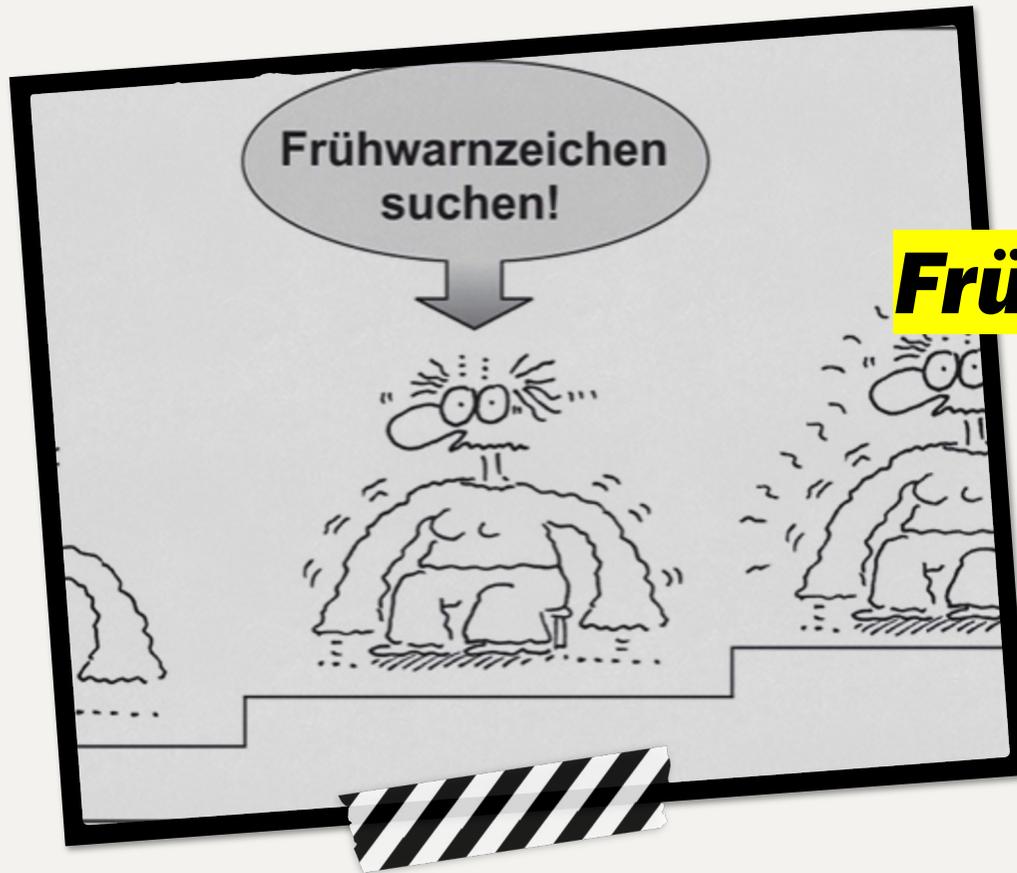
- Welche Themen müssen im Gespräch genauer erörtert werden?
- In welchen Bereichen möchtest du ein klares Commitment als Grundlage für einen Eintritt in die Klinik erarbeiten?
- Welche Commitmentstrategien möchtest du ausprobieren?



Verhaltensanalyse: Struktur

1. Problemverhalten
2. Vorausgehende Bedingungen
3. Anfälligkeitsfaktoren
4. Konsequenzen
5. Lösungsanalyse
6. Präventionsstrategien
7. Wiedergutmachung





Früherkennung

- Wenn Sie Ihre Anspannung beschreiben, sind die folgenden vier Merkmale wichtig: Gedanken, Gefühle, körperliche Merkmale und Verhalten.
- Welche Merkmale des Hochstressbereichs spüren Sie schon im mittleren Bereich? Das sind Ihre Frühwarnzeichen!
- Wenn Sie Ihre Frühwarnzeichen erkennen, können Sie Ihre Skills rechtzeitig einsetzen!



Spannungskurve

Spannungsdimensionen

Es gibt drei Spannungsdimensionen:

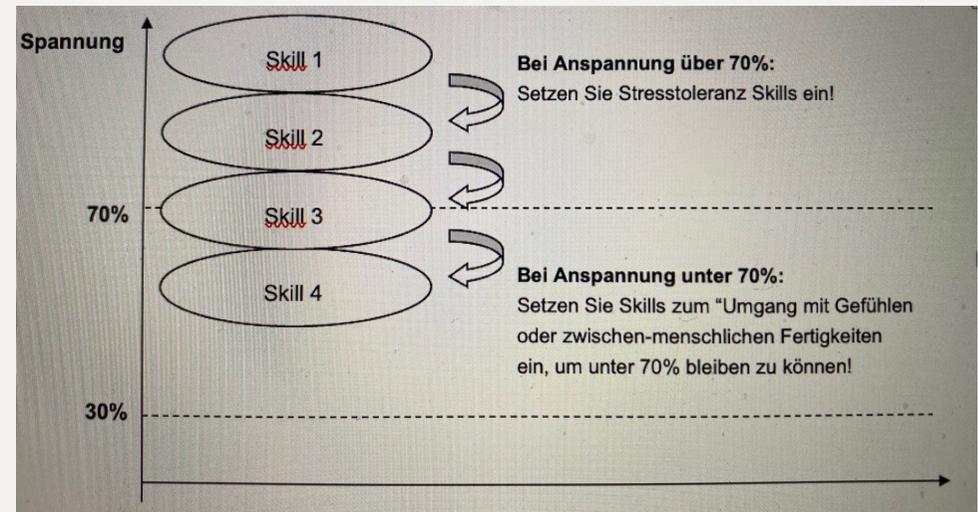
Hochspannung (70 – 100%)

Mittlere Anspannung (30 – 70%)

Niedrige Anspannung (0 – 30%)



Früherkennung - Kettenanalyse - Einbetten in die Skillsanwendung



Skillstraining



M. Linehan:

„Das Fertigkeiten Training ist der Ton, aus dem dann Einzeltherapeut und Patient eine Figur modellieren können.“

- Die Patienten sollen Fähigkeiten lernen und verbessern, mit deren Hilfe Sie Verhaltens-, Gefühls- und Denkmuster verändern können, die zu Schwierigkeiten und seelischen Belastungen in Ihrem Leben führen.
- Jedes erwünschte Verhalten ist als eine Fertigkeit zu verstehen!



Module Skillstraining

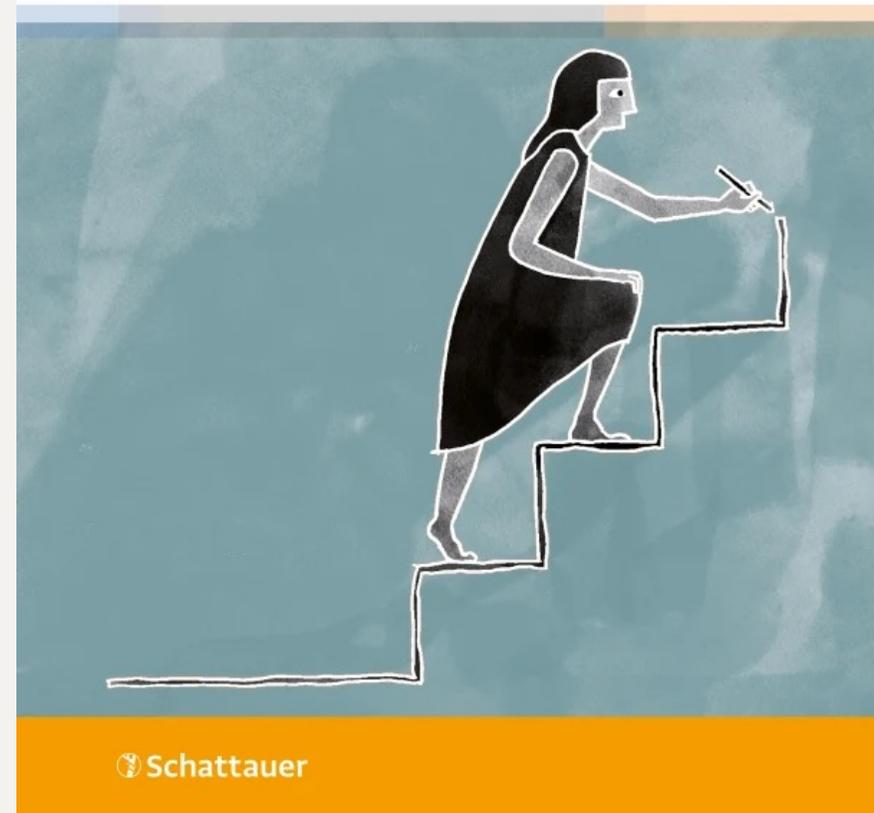
- Achtsamkeit
- Stresstoleranz
- Emotionsregulation
- zwischenmenschliche Fertigkeiten
- Selbstwertsteigerung
- Umgang mit Craving



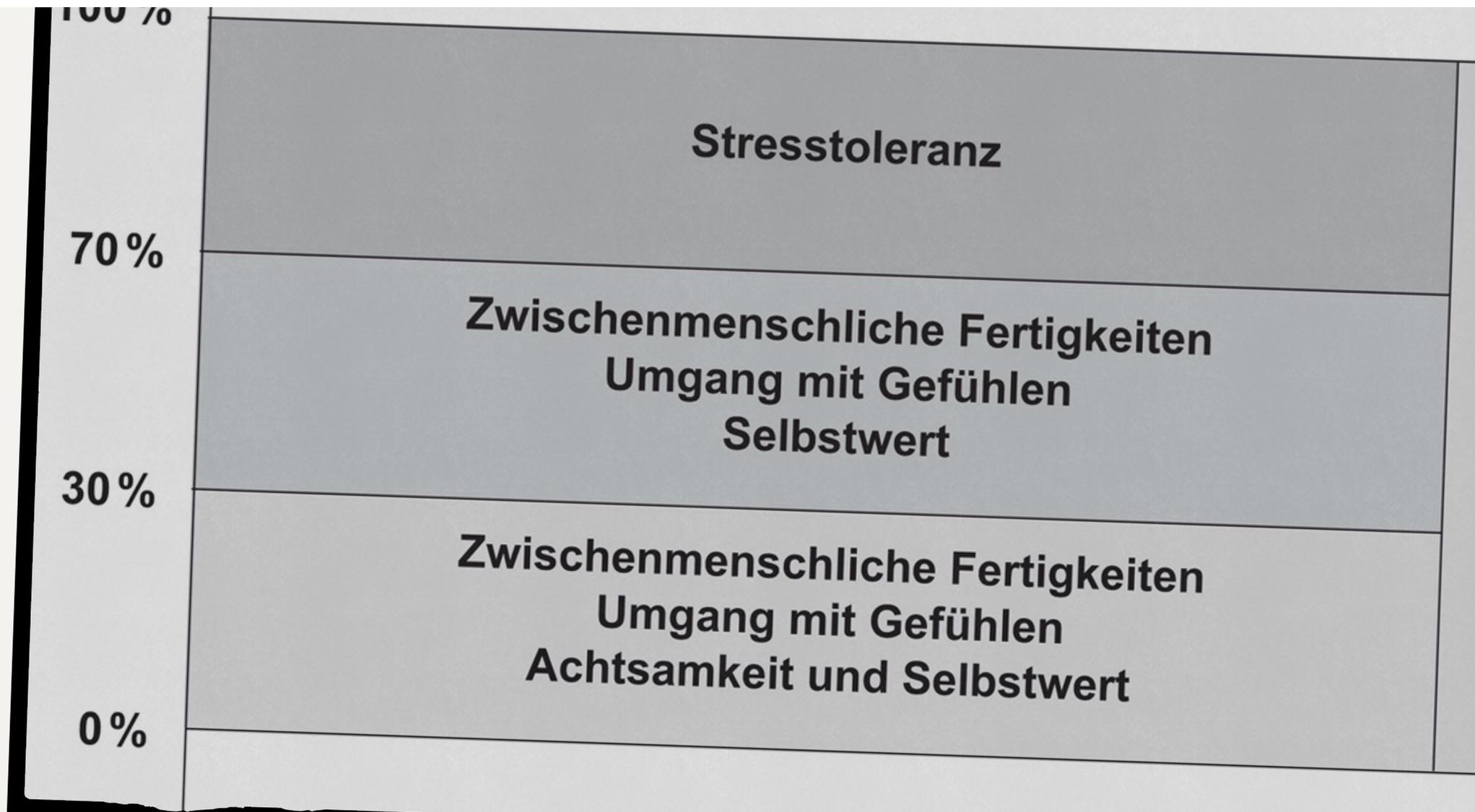
Martin Bohus

**DBT-Skillstraining für Borderline-
Störungen und komplexe PTBS**

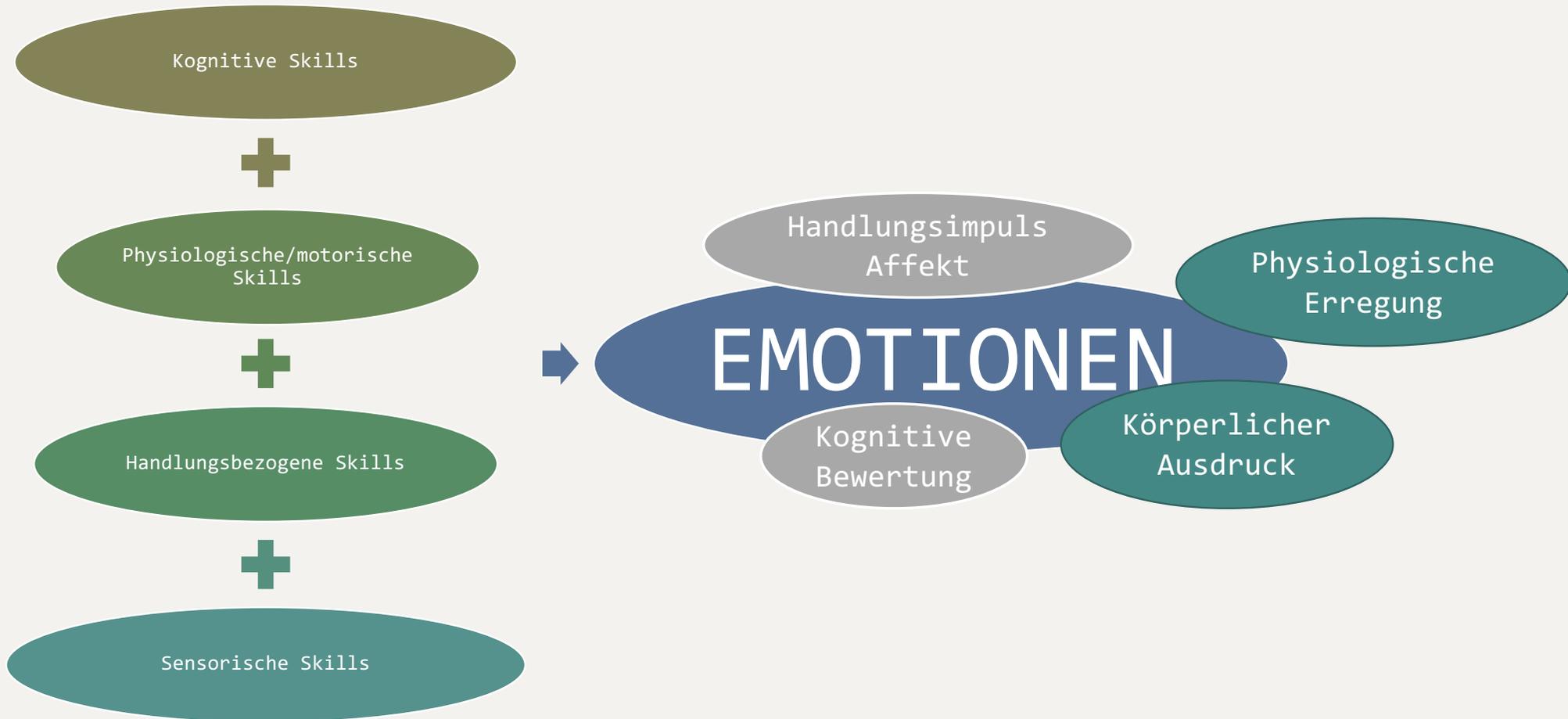
Band 1: Trainer-Manual

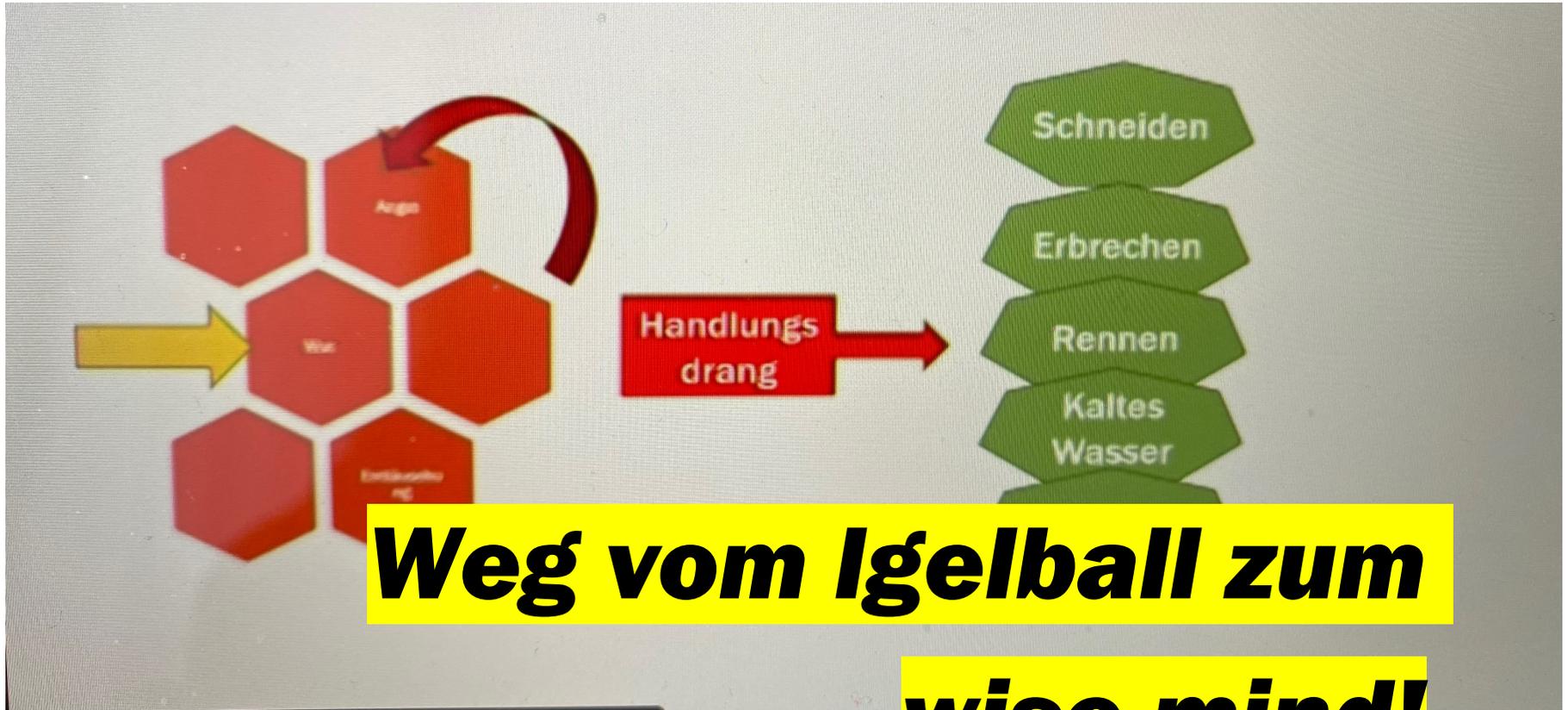


 Schattauer



Zugangskanäle





**Weg vom Igelball zum
wise mind!**



Umgang mit Emotionen statt Emotionsregulation

- Beobachten“, wahrnehmen, annehmen (Achtsamkeit)
- Cave: meistens sind es mehrere Emotionen (multiple emotions): z.B.: „Ich fühle mich gerade wütend und ängstlich“
- „Das ist jetzt so“
- Jetzt: innehalten (wise mind): „Was brauche ich gerade?“
- Im Verhalten umsetzen

Zentraler Skill (sobald der Stress unter 70): Stopp Skill sondern wise mind



Der Wise mind



ZUGANG ZU TIEFEREM
WISSEN UND EMOTIONEN



SPIRITUELLE KOMPONENTE,
VERBINDUNG ZUM
UNIVERSELLEN



WAHRNEHMEN, BEOBACHTEN,
ANNEHMEN STATT
BEKÄMPFEN



LIEBEVOLLE GÜTE,
MITGEFÜHL, MITFREUDE,
GELASSENHEIT



VERBINDUNG ZU MIR MIT
MEINEN EMOTIONEN UND
MICH DARIN VERÄNDERN



Wise mind- Imaginationen (repetieren)

- Liebevoller Güte
- Mitgefühl
- Mitfreude
- Gelassenheit

„Du bist nicht ein Tropfen im Ozean sondern es ist ein ganzer Ozean in deinem Tropfen“



Observe, Describe, and Participate

In Dialectical Behaviour Therapy, the "Observe, Describe, and Participate" skills are part of the core "What" mindfulness skills you will need to develop non-judgmental awareness. Here's an explanation of each element:

OBSERVE

The "Observe" skill involves paying attention to your internal and external experiences without getting caught up in judgment or evaluation.

- Notice and be aware of what is happening in the present moment.
- Observe your thoughts and feelings, without judgment.
- Pay attention to any sensations that you feel in your body.
- Use your senses to gather information without attaching labels or interpretations.

DESCRIBE

"Describe" focuses on putting your observations into words, expressing them in a clear and objective manner.

- Label what you observe. A thought is just a thought, a feeling is just a feeling.
- Use your five senses to help you describe your experience.
- Ignore any interpretations and stick only to the facts.
- Use words to describe your experience. For example, "My jaw is clenching".

PARTICIPATE

"Participate" involves fully engaging in the present moment and the activities you are involved in, without holding back or being detached.

- Actively involve yourself in the task or situation at hand.
- Instead of being a passive observer, immerse yourself fully in the experience.
- Use your senses, staying present, and commit to the activity without distraction.
- Forget yourself, and give all your attention to the moment.



Wise Mind Distracts with ACCEPTS

Using ACCEPTS skills with Wise Mind involves integrating various strategies to manage distressing emotions and situations while maintaining a balanced perspective.

A	ACTIVITIES Engage in activities that promote relaxation and distraction, such as going for a walk or listening to music. By focusing on meaningful tasks, you can shift attention away from distressing thoughts.
C	CONTRIBUTING Channel energy into helping others or contributing to a cause. Volunteering, offering support to friends or family, or participating in community events can provide a sense of purpose and fulfillment.
C	COMPARISONS Compare the current situation to a more manageable or positive one. Reflecting on past experiences where similar challenges were overcome or envisioning a hopeful future outcome can provide perspective.
E	EMOTIONS Allow yourself to fully experience and express emotions in a healthy way. Instead of suppressing or avoiding emotions, you can acknowledge and validate your feelings.
P	PUSHING AWAY Temporarily set aside distressing thoughts or emotions to focus on more immediate tasks or responsibilities. While pushing away should not be used as a long-term strategy, it can provide temporary relief.
T	THOUGHTS Challenge negative or unhelpful thoughts by practising cognitive reframing techniques. Replace irrational or catastrophic thinking patterns with more realistic and adaptive interpretations.
S	SENSATIONS Ground yourself in the present moment by focusing on physical sensations. Engage in mindfulness practices such as deep breathing or body scans to anchor attention in the present moment.



Self-Compassion Quiz

Add up the scores for all questions. A total score closer to 50 suggests a higher level of self-compassion, while a lower score may indicate areas for growth. Please remember, the goal is not perfection but to encourage self-awareness and a kinder relationship with yourself.

	Not true at all				Very true
	1	2	3	4	5
I speak to myself with the same kindness I would offer a good friend.	<input type="radio"/>				
When facing challenges, I tend to take an understanding approach rather than criticise.	<input type="radio"/>				
I acknowledge and accept my imperfections, recognising that they make me unique.	<input type="radio"/>				
In difficult times, I practise self-compassion by being understanding about my feelings.	<input type="radio"/>				
I hardly ever compare myself unfavourably to others, feeling like I fall short.	<input type="radio"/>				
I prioritise self-care and take intentional steps to nurture my well-being.	<input type="radio"/>				
When I make mistakes, I treat myself with kindness and understanding.	<input type="radio"/>				
I find it easy to forgive myself for past mistakes and shortcomings.	<input type="radio"/>				
I tend to be supportive to others and extend the same compassion to myself.	<input type="radio"/>				
Overall, I feel a sense of warmth and understanding towards myself.	<input type="radio"/>				



Seminarübersicht: Inhalt

Borderline-Patient*innen verstehen:

- Diagnostik, Eckdaten, Phänomenologisches

Borderline-Persönlichkeitsstörung psychotherapeutisch behandeln:

- Wie gestalte ich den Start der Therapie?
- Grundlagenmodell der Allg. Psychotherapie (nach Klaus Grawe)
- Komplementäre Beziehungsgestaltung

State of the art: Behandlungsansätze 3. Welle:

- Dialektisch behaviorale Therapie (DBT nach Marsha Linehan)

Eigene Reaktionen und besondere Situationen

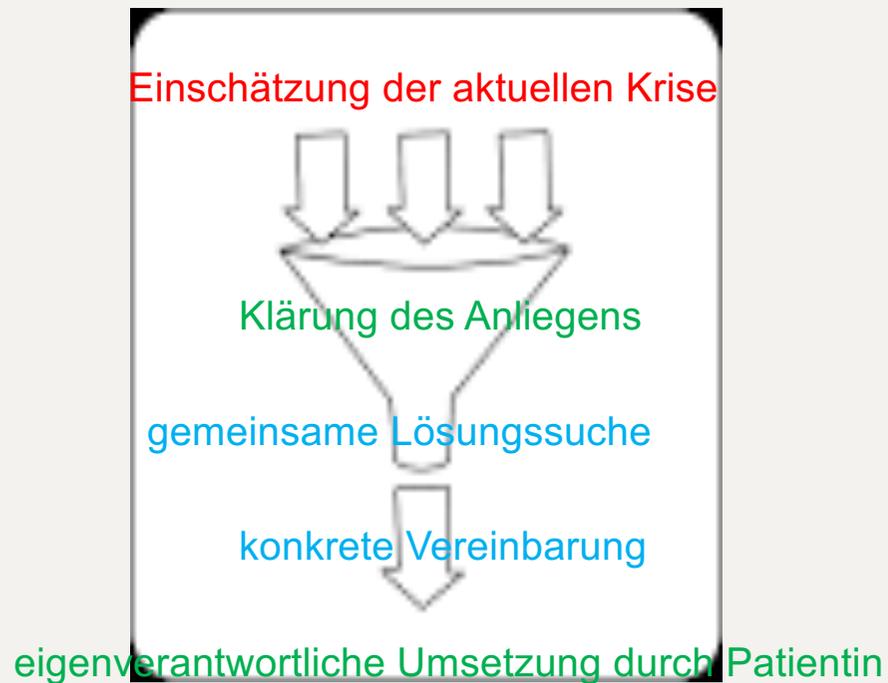
- Eigene Schemata und eigene Bewältigungsreaktionen
- besondere Situationen: Dissoziation, Krisen und Suizidalität



Besondere Situationen: Dissoziation, Krisen und Suizidalität



Hilfe bei der Krisenintervention – der Trichter



Telefonieren: ja oder nein? Bedingungen



1. In einer Krisensituation:
 - Suizidrisiko einschätzen
 - Anwendung der Krisenstrategien
 - Fokus auf Skills
2. Zum Reparieren der therapeutischen Beziehung
3. Geplante Anrufe der Patientin
4. Telefonkontakte seitens Therapeut_in
Geplant oder direkt (z.B. wenn Patientin versucht, Therapie zu vermeiden)



- Risiko minimieren, dass nicht hilfreiches Verhalten («dysfunktionales Verhalten») durch Telefonkontakt verstärkt wird
- Unterstützung bei der Vertiefung von neuen Verhaltensfertigkeiten
- Zusätzliche Therapiezeit **beachten**

Keine Therapie am Telefon!



24-h-Regel

- nach einer parasuizidalen Handlung gibt es 24 Stunden lang keinen Kontakt mit dem Therapeuten

Ausnahme: lebensgefährliche Verletzungen





***Nutzung der Diary
Card bei Suizidalität***



Suizidalität einschätzen lernen:

<u>Wert laut DiaryCard</u>	<u>Kennzeichen</u>	<u>Ausführliche Beschreibung</u>	
0	<i>keine</i>	<i>gar keine Gedanken an Suizid</i>	gar keine Gedanken an Suizid
1	<i>kaum</i>	<i>rein gedanklich</i>	Gedanken an Suizid schwirren im Kopf herum, sind aber nicht konkret, nur ab und zu, im Sinne von Blitzgedanken, ohne emotionale Beteiligung
2	<i>mässig</i>	<i>mit emotionaler Beteiligung</i>	Gedanken an Suizid sind schon etwas konkreter und öfter, verbunden mit einem gefühlten Todeswunsch
3	<i>drängend</i>	<i>spürbarer Kampf</i>	Todeswunsch und Lebenswille halten sich gerade noch die Waage, Lebensgründe sind aber noch deutlich spürbar und haben noch einen erkennbaren Wert
4	<i>sehr drängend</i>	<i>Skillsanwendung ist absolut nötig</i>	Die Wippe nähert sich dem roten Bereich, der Vertrag und damit die Selbstkontrolle existieren aber noch
5	<i>das Denken ist komplett auf Suizidideen eingeschränkt</i>	<i>Abklärung ist zwingend nötig</i>	Ohne Unterstützung von aussen besteht keine sichere Kontrolle mehr; eine andere Person ist nötig, um wieder den notwendigen Abstand zu den Suizidgedanken zu bekommen oder zu erkennen, dass externer Schutz nötig ist; meist existiert ein konkreter Plan mit festen Vorstellungen bzgl. der Umsetzung



Reflexion: Eigene Schemata und eigene Bewältigungsreaktionen

- Was löst Verhalten X in dir aus?
- Gibt es eigene Schemata, die damit in Verbindung stehen?
- Welche Reaktionen sind wahrscheinlich oder jetzt aktiv? (Fight, flight, freeze)

- Welche therapeutische Reaktion ist jetzt notwendig?
Hilfe: suche deinen „wise mind“
- Welche Selbstregulationsstrategie ist jetzt notwendig, damit ich aus meiner gesunden Therapeut*innenrolle reagieren kann?





Frau N, 29-jährig (2022)

- Hat Pflegefachausbildung beendet
- Arbeitet in einer sozialen Institution
- Hat einen Partner
- Ist schwanger
- Hat Phasen von Niedergestimmtheit
- Hat einen Weg gefunden mit der Mutter
- Hat keinen Kontakt mehr zum Vater, und trauert darüber
- Kann sich wahrnehmen mit ihren Ressourcen
- Verzichtet auf Alkohol und Drogen



Literatur DBT

- **Stiglmayr, C. & Gunia, H.** (2016). Göttingen: Hogrefe. „**Dialektisch-Behaviorale Therapie**“.
- **Bohus, M.** (2002). In D. Schulte, K. Grawe, K. Hahlweg & D. Vaitl, Fortschritte der Psychotherapie (Band 13). Göttingen: Hogrefe. „**Borderline-Persönlichkeitsstörung**“.
- **Bohus, M. & Wolf, M.** (2012), Stuttgart: Schattauer.
„**Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten, 2. Auflage**“.
- **Bohus, M. & Wolf, M.** Schattauer.
Interaktives Skills-Training für Borderline-Patienten (2012). Die CD-ROM für Betroffene. 2. Auflage
- **Bohus M.** Schattauer
Behandlung der Borderline-Störung – Interaktive DVD



- **Koerner, K.** (2013), Stuttgart: Beltz. „**Praxisbuch DBT**“
- **Stiglmayr, C. & Leihener, F.** (2015, Hrsg.), Stuttgart: Beltz. „**Fallbuch DBT**“
- **Buck-Horstkotte, S., Renneberg, B. & Rosenbach, C.** (2015), Stuttgart: Beltz. „**Mütter mit BPS – Das Trainingsmanual**“
- **Bohus, M. & Wolf, M.** Audiobook. Schattauer Verlag **Achtsamkeit-Schritte zur Seelischen Gesundheit (2012)**
- **Thich Nhat Hanh** (1988), Berlin: Theseus. „**Das Wunder der Achtsamkeit**“



Martin Bohus

**DBT-Skillstraining für Borderline-
Störungen und komplexe PTBS**

Band 1: Trainer-Manual



Schattauer



Selbsthilfebücher

- **Knuf, A.** (2002), Bonn: Psychiatrie-Verlag.
„**Leben auf der Grenze – Erfahrungen mit Borderline**“
- **Knuf, A., Tilly, C.** (2007), Bonn: BALANCE buch + medien verlag. „**Das Borderline-Selbsthilfebuch**“
- **Kreisman, J. J. & Straus, H.** (1992); München: Kösel. „**Ich hasse Dich – verlaß mich nicht**“
- **Rahn, E.** (2001), Bonn: Psychiatrie-Verlag.
„**Borderline – Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige**“.
- **Kröger, C. & Unckel, C.** (2006), Göttingen: Hogrefe-Verlag. „**Borderline-Störung – Wie mir die DBT geholfen hat**“.



Wie hat euch der Kurs gefallen?

