



Leseprobe aus: Stiglmayr, Leihener (Hrsg.), Fallbuch DBT, ISBN 978-3-621-28241-3
© 2015 Beltz Verlag, Weinheim Basel
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28241-3>

1 Ich bin anders – Borderline-Persönlichkeitsstörung

Christian Stiglmayr

- ▶ **Setting:** ambulant
- ▶ **Spezifizierung:** Standard-DBT
- ▶ **Diagnosen:** Borderline-Persönlichkeitsstörung; rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig remittiert)

1.1 Erstkontakt

Spontan berichtete Symptomatik. Die 23-jährige Lena S. berichtet, dass sie häufig Dinge mache, die ihr langfristig nicht gut täten. Sie habe dabei den Eindruck, keinen Einfluss auf ihr Verhalten und insbesondere auf ihre Gefühle zu haben. Gelegentlich hungere sie, konsumiere zu viel Alkohol – bis maximal zwei Flaschen Wein am Abend, ungefähr dreimal die Woche –, habe häufig wechselnde Partnerschaften und bezahle zudem ihre Rechnungen nicht. Sie habe aktuell 25.000 Euro Schulden. Sie beleidige Menschen, die ihr »nichts Böses« getan hätten. Täglich komme es zu selbstverletzendem Verhalten (SVV), indem sie Pickel oder andere Hautunreinheiten aufkratze; ca. einmal die Woche füge sie sich mit der Rasierklinge vorzugsweise am linken Arm tiefe Schnittwunden zu, die meist chirurgisch behandelt werden müssten. Im Vorfeld des SVV erlebe sie meist unerträgliche Anspannungszustände, die häufig mit dem Eindruck einhergingen, sich und die Umgebung nicht mehr richtig wahrzunehmen. Sie wisse eigentlich gar nicht, wer sie sei, empfinde sich als »Freak«.

Kontakt. Frau S. wirkt im Kontakt sehr freundlich und aufmerksam. Sie wirkt darum bemüht, sich keine Blöße zu geben, erscheint bei aller Lebhaftigkeit gleichzeitig sehr kontrolliert.

Vorgeschichte. Die Problematik bestehe laut Frau S. schon seit langer Zeit, sei aber in den letzten Jahren schlimmer geworden. Zuletzt sei sie zunehmend häufiger depressiv verstimmt gewesen, sei in den letzten drei Jahren auch mehrmals wegen Depression, Angstzuständen, Panikattacken und Suizidalität in stationärer Behandlung gewesen. Vor drei Jahren habe sie im Anschluss an einen Suizidversuch erstmals die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erhalten.

Soziale Situation. Sie wohne derzeit alleine in einer Ein-Zimmer-Wohnung, sei arbeitslos gemeldet. Sie habe eine abgeschlossene Ausbildung zur Erzieherin, habe in diesem Beruf jedoch nie gearbeitet. Sie habe wenige Freundinnen, mit denen sie sich alle zwei Wochen treffe.

Medikation zu Behandlungsbeginn. Seit 3½ Monaten sei sie mit 20 mg Citalopram (SSRI-Antidepressivum) mediziert.

Behandlungsziel

Als übergeordnetes Therapieziel gibt Lena S. an, dass sie gerne in der Lage wäre, vermehrt Kontrolle über sich ausüben zu können. Sie wolle mal eine eigene Familie gründen, jedoch vorher verstehen, was ihr »altes Programm« sei.

1.2 Biografischer Hintergrund

Primärfamilie. Die Mutter von Frau S. habe sich vom leiblichen Vater noch während der Schwangerschaft getrennt, da dieser »keinen Bock auf Kinder« gehabt habe. Sie habe ihren leiblichen Vater bisher nur einmal, vor vier Jahren, gesehen. Zum Zeitpunkt der Geburt sei die Mutter 17 Jahre alt und von der Situation völlig überfordert gewesen. Frau S. habe sich im Beisein der Mutter stets unerwünscht, wie das »dritte Rad am Wagen«, gefühlt. Die Mutter habe wechselnde Partnerschaften gehabt; von machen Männern sei sie auch geschlagen worden, wobei ihre Mutter nur selten eingegriffen habe. Einzig ihre Großmutter mütterlicherseits habe sich liebevoll um sie gekümmert.

Schulische und berufliche Entwicklung. In der Schule habe sich Frau S. stets sehr angestrengt, habe gute Leistungen erbracht. Sozial sei sie Außenseiterin gewesen, habe aber immer eine »beste Freundin« gehabt. Im Anschluss an den Realschulabschluss habe sie eine Ausbildung zur Erzieherin absolviert. Die Arbeit mit den Kindern habe sie sehr angestrengt. Im Anschluss an die Ausbildung habe sie sich nicht vorstellen können, weiter in diesem Beruf tätig zu sein. Sie habe jedoch auch keine Ideen über mögliche Alternativen gehabt.

Störungsanamnese. Frau S. gibt an, schon immer Probleme mit Nähe gehabt zu haben. Gleichzeitig habe sie jedoch auch nicht alleine sein können. Mit Beginn der Pubertät sei sie häufiger von zu Hause abgehauen. Sie habe angefangen, »sich zu hassen«, als sie sich mit 13 Jahren in einem Spiegel gesehen habe. Sie habe sich als widerlich, eklig und abstoßend empfunden und habe begonnen, sich selbst zu verletzen (Aufkratzen des Oberschenkels), Essig zu trinken. Ihre Gefühle erlebe sie seit dieser Zeit als sehr unkontrollierbar, stehe ständig unter Spannung. Zeitgleich habe sie begonnen, eine Magersucht zu entwickeln. Nur hier habe sie den Eindruck gehabt, über sich Kontrolle zu haben.

Vorbehandlungen. Mit 17 Jahren habe sie wegen der Magersucht eine Verhaltenstherapie über ein Jahr aufgesucht, was ihr sehr geholfen habe. Seitdem esse sie wieder normal. Während ihrer Ausbildungszeit habe sie sich auf einmal nicht mehr bewegen können, habe sich wie ein Zombie gefühlt, zwei Tage durchgeweint. Anschließend sei sie wegen einer Depression erstmalig stationär behandelt worden. Zwei Jahre später, am Ende der Berufsausbildung, sei sie aufgrund ihrer Perspektivlosigkeit so verzweifelt gewesen, dass sie versucht habe, sich die Pulsadern aufzuschneiden. Daran habe sich ein zweiter stationärer Aufenthalt angeschlossen. Seit ihrem 20. Lebensjahr habe sie sich noch dreimal stationär aufnehmen lassen müssen, zumeist wegen Suizidalität, Depressionen und Angstzuständen.

1.3 Verhaltensanalyse und Behandlungsplan

Makroanalyse

Wiederkehrender Auslöser für selbstverletzendes Verhalten (SVV) sind starke Spannungszustände oder Hass auf sich selbst. Vor dem Hintergrund der lerngeschichtlichen Erfahrungen der Patientin, dass sie über keine funktionalen Möglichkeiten verfügte, ihre seit der Pubertät verstärkt auftretenden emotionalen Schwankungen zu kontrollieren, nutzte die Patientin zunehmend schnell wirksame Strategien, die ihr eine hohe eigene Kontrolle ermöglichten (SVV, Magersucht). Da sie insbesondere ihre eigenen körperlichen Veränderungen im Rahmen der Pubertät ablehnte, richtete sie diese dysfunktionalen Strategien vor allem gegen den eigenen Körper. Die Mutter schien angesichts der massiven Probleme ihrer Tochter überfordert. Aufgrund ihrer vergleichsweise hohen Emotionalität empfindet sich die Patientin als andersartig, ist der Meinung, dass sie sich nur zusammenreißen müsse, um ihr Anderssein zu kompensieren. Aufgrund der Erfolglosigkeit dieser Versuche entwickelte sich ein zunehmender Selbsthass, im weiteren Verlauf Depressionen.

Mikroanalyse

Tabelle 1.1 Mikroanalyse (Verhaltensanalyse): Selbstverletzendes Verhalten

Situation		Die Möbel werden nicht zum angekündigten Zeitpunkt geliefert und Frau S. kann telefonisch niemanden erreichen.
Organismusvariable	β_{Kogn}	»Ich bin nichts wert!« »Ich bin andersartig!«
	β_{Emot}	Scham
	γ	Erhöhte emotionale Verletzlichkeit, Restalkohol vom Vorabend
Reaktion	α	Drei Schnitte von ca. 5 cm Länge mit Rasierklinge in linken Unterarm
	β_{Kogn}	»Es hat sowieso alles keinen Sinn.« (»Schalter legt sich um«/ Point of no return)
	β_{Emot}	Ohnmacht, Überforderung
	γ	Hitzewelle, Spannung maximal, Herzrasen, Zittern, Derealisation, Analgesie
Konsequenzen	ϵ^{k-}	Wegfall von Ohnmacht und Überforderung, deutliche Reduktion der Spannung und Dissoziation
	c^{k+}	Patientin ist wieder handlungsfähig
	c^{l-}	Chirurgische Behandlung, Schmerzen, Bestätigung der Grundannahme: »Ich bin andersartig!«, Narben, Depression, Bestätigung des Grundgefühls Scham

Behandlungsplanung

Hierarchisierung des Problemverhaltens. Zunächst wurden die Probleme zusammen mit der Patientin hierarchisch geordnet. Die Hierarchisierung orientierte sich hierbei an der Gefährlichkeit des Problemverhaltens.

- (1) schweres selbstverletzendes Verhalten (SVV)
- (2) dysfunktionaler Alkoholkonsum
- (3) Probleme mit der Emotionswahrnehmung und Emotionsregulation
- (4) depressive Symptomatik
- (5) fehlende berufliche Perspektive

Ziele. Im Anschluss daran wurden mit Frau S. nachfolgende konkrete, in Etappen erreichbare, überprüfbare und positiv formulierte Ziele vereinbart:

- ▶ Förderung der Selbstachtsamkeit bzgl. ansteigender Spannungszustände, Erlernen von konkreten Techniken zur Spannungsregulation, Erlernen von Präventionsmaßnahmen, mit dem Ziel, langfristig auf schweres SVV verzichten zu können
- ▶ Entwicklung einer klaren Entscheidung gegen eine Fortsetzung des dysfunktionalen Alkoholkonsums, Erlernen von Strategien zum Umgang mit Craving und Erarbeitung von alternativen, funktionalen Verhaltensmustern zur Spannungsregulation
- ▶ Verbesserung der Emotionswahrnehmung, Emotionsidentifikation und Emotionsregulation als Alternative zu bislang dysfunktionalen Strategien
- ▶ Erkennen möglicher Ursachen der depressiven Symptomatik und Förderung notwendiger Veränderungen von emotionalen, kognitiven und handlungsbezogenen Verhaltensmustern zu deren Überwindung sowie Etablierung einer stabilen Rückfallprophylaxe
- ▶ Entwicklung und anschließende Umsetzung von konkreten Schritten, die nötig sind, um eine berufliche Perspektive zu finden und praktisch zu verfolgen

Zum Abschluss wurde mit Frau S. ein Behandlungsvertrag abgeschlossen. Dieser galt für 12 Monate und sollte nur im Falle einer Zielerreichung verlängert werden. Wesentlicher Bestandteil des Vertrages war eine Zusicherung von Frau S., während der Behandlungszeit keinen Suizidversuch zu unternehmen. Als Unterstützung wurde ihr ein Telefoncoaching für konkrete Krisensituationen seitens des Therapeuten angeboten. Die Patientin verpflichtete sich außerdem, jeden Tag in ein Wochenprotokoll das Ausmaß ihrer aktuellen emotionalen Belastung und drohender oder vorhandener dysfunktionaler Verhaltensweisen zu dokumentieren (s. Abb. 1.1).

Datum: ___ 3. Woche ___

Name: ___ Frau S. ___

Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)
 Wochenprotokoll

Datum	Alkohol (bitte angeben)	Nichtverordnete Medikamente (bitte angeben)	Medikamente auf Rezept (bitte angeben)	Drogen (bitte angeben)	Suizidale Vorstellungen (0-5)	Not/ Elend (0-5)	Selbstschädigung		Angewandte Methode (Skills: 0-7)
							Drang (0-5)	Handlung (Ja/Nein)	
Mo		-	Citalopram	-	4	3-4	3	Nein	0
Di	2 Gl. Wein	-	Citalopram	-	2	2	1	Nein	0
Mi		-	Citalopram	-	2-3	2	2	Nein	0
Do		-	Citalopram	-	3	3	2	Nein	0
Fr	2 Fl. Wein 2 Schwäpse	-	Citalopram	-	3	3	3	Nein	0
Sa	1 Fl. Wein	2 Aspirin	Citalopram	-	3	3-4	4	Nein	2
So		2 Aspirin	Citalopram	-	4	5	5	Ja	3

Suizidale Ideen

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

Selbstverletzungen

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

Not/Elend bzw. Freude

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

Skills

- 0 = nicht daran gedacht oder angewendet
- 1 = daran gedacht, nicht angewendet, wollte nicht
- 2 = daran gedacht, nicht angewendet, hätte 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, haben geholfen

Abbildung 1.1 Wochenprotokoll

1.4 Behandlung

Frau S. befand sich einschließlich der fünf probatorischen Sitzungen zwei Jahre in ambulanter Behandlung. Insgesamt fanden 60 Therapiestunden statt. Der detaillierte Behandlungsplan wurde in den ersten beiden Sitzungen nach Therapiegenehmigung erstellt, der Therapievertrag wurde in der dritten Sitzung sowohl von Frau S. wie auch vom Therapeuten unterschrieben. Neben der wöchentlich stattfindenden Einzeltherapie suchte Frau S. in den ersten 14 Monaten zusätzlich einmal wöchentlich eine Fertigkeitengruppe auf (s. hierzu auch Kap. 02). Dort wurden ihr auf Grundlage des Manuals von Bohus und Wolf-Arehult (2012) alternative Strategien zu bislang dysfunktionalem Verhalten vermittelt. Zu Beginn der Therapie nutzte Frau S. ca. einmal wöchentlich die oben erwähnte Möglichkeit zur telefonischen Krisenintervention (s. hierzu auch Kap. 05). Nach ca. 10 Monaten musste sie davon nicht mehr Gebrauch machen. Ebenfalls zu Beginn der Behandlung stellte sich Frau S. einmalig im Konsultationsteam vor. Das Konsultationsteam bestand aus vier ambulanten Therapeuten. Diese entschieden wöchentlich über das weitere therapeutische Vorgehen. In den letzten drei Monaten fanden die einzeltherapeutischen Sitzungen nur noch alle vier Wochen statt. Nach den ersten 12 Monaten wurde aufgrund des guten Vorankommens beschlossen, dass der Therapievertrag um ein weiteres Jahr verlängert werden sollte. Ein stationärer Aufenthalt war während der gesamten zwei Jahre nicht nötig.

Arbeit an schwerem selbstverletzendem Verhalten

Zu Beginn der Behandlung wurde mit Frau S. eine ausführliche Verhaltensanalyse über das zuletzt aufgetretene schwere SVV am Flipchart erstellt. Bei der Erarbeitung wurde darauf Wert gelegt, Frau S. fortwährend für ihr Verhalten zu validieren. Gleichzeitig wurde Frau S. mit den negativen Konsequenzen ihres Verhaltens konfrontiert.

Ausschnitt einer Besprechung der Verhaltensanalyse

Th. Wie tief waren denn die drei Schnitte, die Sie sich zugefügt haben?

Frau S. Weiß ich nicht mehr ...

Th. Wie, wissen Sie nicht mehr? Waren Sie denn dabei nicht anwesend?

Frau S. Doch ... nur ... *(Pause)*

Th. Ist Ihnen die Frage unangenehm, peinlich?

Frau S. Ja.

Th. Würden Sie sich lieber anders verhalten können?

Frau S. *(Schweigt)*

Th. Wissen Sie, ich gehe ja fest davon aus, dass es einen bestimmten Grund dafür gibt, warum Sie sich gerade drei Schnitte in einer bestimmten Tiefe zugefügt haben und nicht nur einen oberflächlichen Schnitt. Bevor wir aber über alternative Strategien reden können, müssen wir den Grund dafür verstehen. Können Sie dem zustimmen?

Frau S. Also, die Schnitte waren vielleicht so einen Finger breit tief.

- Th. Schauen Sie sich die Wunde dabei genau an?
- Frau S. Ja. Es ist mir wichtig, das Blut fließen zu sehen.
- Th. Was ist Ihnen wichtig dabei?
- Frau S. Es zeigt mir, dass ich lebendig bin, ich spüre mich darüber wieder.
- Th. Und warum genügt dafür nicht ein Schnitt?
- Frau S. Das reicht nicht ...
- Th. ... wofür?
- Frau S. *(Pause)* Es reicht nicht, um wieder klar denken zu können. Irgendwann wird mir klar, was ich da mache ... und dann höre ich auch auf mit der Selbstverletzung.
- Th. Ah, jetzt verstehe ich. Das heißt, Sie hören auf, sobald sich Ihr Verstand wieder einschaltet und Ihnen klar wird, was Sie gerade veranstalten?
- Frau S. Ja, genau!
- Th. Und was passiert dann?
- Frau S. Dann kann ich wieder was machen, ich bin dann nicht mehr so verzweifelt.
- Th. Das ist ja eigentlich super, oder? Wenn ich mir das so vorstelle, war diese Selbstverletzung in dieser Situation ausgesprochen hilfreich. Das starke unangenehme Gefühl hört auf, Sie können wieder klarer denken, sind wieder handlungsfähig und ich nehme an, dass die starken Spannungszustände auch verringert wurden, oder?
- Frau S. Ja, deutlich!
- Th. Hm ... wenn das so effektiv ist, warum wollen Sie eigentlich damit aufhören?
- Frau S. Weil es nur kurz hilft. Dann geht der ganze Dreck ja wieder von vorne los.
- Th. Welcher Dreck?
- Frau S. Na, dass ich mich wieder in die Chirurgie begeben muss, zu diesem unmöglichen Menschen von Arzt, dass ich wieder eine Narbe mehr habe, dass ich wieder versagt habe. Das ist doch nicht normal.
- Th. Hm, das heißt, langfristig stellt sich das Ganze nicht als besonders effektiv heraus?
- Frau S. Nee ...
- Th. ... und peinlich ist es Ihnen auch noch.
- Frau S. Ja.
- Th. Das heißt, Sie bestätigen sich mit jedem SVV Ihre Andersartigkeit. Wollen Sie das?
- Frau S. Nee, eigentlich nicht.
- Th. Und nun?

Anschließend erarbeitete der Therapeut mit Frau S. die Lösungsanalyse. Sie suchten gemeinsam nach Fertigkeiten, die kurzfristig ähnliche Effekte wie das SVV mit sich bringen. Allerdings machte der Therapeut Frau S. darauf aufmerksam, dass diese neuen Strategien vor allem am Anfang niemals so gut wie das SVV funktionieren. Erst wenn diese länger geübt würden, könnten sie eine ähnliche Effektivität entfalten. Hilfreich erlebte Frau S. insbesondere starke sensorische Reize, allen voran Ammoniak und heiß-kalte Duschen. Mit zunehmender Übung lernte Frau S., unangenehme

Spannungszustände immer früher wahrzunehmen und entsprechend zu reagieren. Innerhalb der ersten drei Monate ließ sich so die Anzahl der schweren SVV von einmal wöchentlich auf einmal im Monat reduzieren. Ohne dass dies explizit mit behandelt wurde, reduzierte sich parallel hierzu auch das tägliche Aufkratzen der Haut.

Arbeit an dysfunktionalem Alkoholkonsum

Frau S. dokumentierte ihren Alkoholkonsum detailliert auf dem Wochenprotokoll (s. a. Abb. 1.1). Darüber konnte zwischen dysfunktionalem und spaßbetontem Alkoholkonsum unterschieden werden. Letzterer fand ca. einmal im Monat statt, immer im Zusammenhang mit sozialen Unternehmungen wie z. B. Geburtstagsfeiern. Der dysfunktionale Alkoholkonsum fand zwar auch gelegentlich im sozialen Kontext statt, hatte jedoch explizit das Ziel, die unangenehme Spannung nicht mehr zu spüren, anders zu sein, als es sich in der Situation tatsächlich anfühlte. Nach acht Wochen wurde mit Frau S. vereinbart, dass sie den dysfunktional eingesetzten Alkoholkonsum einstellt. Da sich die Patientin nicht ganz sicher war, ob sie dazu in der Lage sei, wurde ihr ein Kontingenzmanagement angeboten.

Kontingenzmanagement

- Th. Was würde Ihnen helfen, Alkohol nicht mehr zur Spannungsreduktion einzusetzen? Würde es Ihnen – für den Fall, dass Sie trotzdem weiter konsumieren – helfen, wenn Sie wüssten, dass wir dann einen gänzlichen Alkoholverzicht für eine bestimmte Zeit vereinbaren würden? Also, dass es dann zu negativen Konsequenzen kommen würde?
- Frau S. Ich weiß nicht ...
- Th. Oder würde es Ihnen helfen, wenn Sie um eine positive Konsequenz wüssten? Vorausgesetzt, Sie konsumieren für eine noch näher zu bestimmende Zeit keinen Alkohol mehr auf dysfunktionale Art und Weise.
- Frau S. Wie meinen Sie das?
- Th. Na, beispielsweise: Wenn Sie es schaffen, vier Wochen lang keinen Alkohol zur Spannungsreduktion zu konsumieren, dann schenke ich Ihnen etwas.
- Frau S. Klingt interessant. Was soll das sein?
- Th. Das würde ich mir dann noch überlegen.
- Frau S. Vier Wochen?
- Th. Vier Wochen.
- Frau S. Und was passiert, wenn ich trotzdem zur Spannungsreduktion trinke?
- Th. Dann schenke ich Ihnen nichts und wir müssten stattdessen darüber reden, ob Sie dem Alkohol für eine bestimmte Zeit ganz abschwören.
- Frau S. Hm ...
- Th. Was meinen Sie?
- Frau S. Okay, wir können das ja mal probieren. Klingt interessant. So was hat mir bislang noch niemand angeboten.