

# Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) zur Behandlung der Borderline- Persönlichkeitsstörung

**Christian Stiglmayr**  
**Hans Gunia**

Ein Manual für die ambulante Therapie



# **Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung**



**Christian Stiglmayr**  
**Hans Gunia**

# **Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) zur Behandlung der Borderline- Persönlichkeitsstörung**

Ein Manual für die ambulante Therapie

unter Mitarbeit von Martin Bohus, Julia Förster,  
Klaus Lieb, Kathlen Priebe und Christian Schmahl



**PD Dr. Christian Stiglmayr**, geb. 1964. 1987–1994 Studium der Psychologie in Eichstätt und Freiburg. 1994–2001 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Psychiatrischen Universitätsklinik Freiburg, Stationspsychologe der ersten DBT-Station in Deutschland. 2002 Promotion. 2001–2004 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Freien Universität Berlin. 2001 Gründung und seitdem Leiter eines Fortbildungsinstitutes für psychotherapeutische Verfahren (Arbeitsgemeinschaft für Wissenschaftliche Psychotherapie Berlin) in Berlin. 2002 Approbation zum Psychologischen Psychotherapeuten (Verhaltenstherapie) und seitdem niedergelassen in einer eigenen Praxis in Berlin. 2010 Habilitation und seitdem Privatdozent an der Humboldt-Universität zu Berlin. Als Trainer und Supervisor in DBT sowie als Dozent und Supervisor an zahlreichen VT-Ausbildungsinstituten tätig.

**Dipl.-Psych. Hans Gunia**, geb. 1956. 1979–1987 Studium der Psychologie in Darmstadt. Seit 1988 Klinischer Psychologe im PKH Philippshospital in Riedstadt. 1993 Abschluss der Verhaltenstherapie-Ausbildung und Beginn der ambulanten Tätigkeit als Verhaltenstherapeut. 1999 Approbation und Niederlassung als Psychologischer Psychotherapeut. 1999 Abschluss einer Supervisorenausbildung beim IFT München. Seit 1999 Lehraufträge an der TU Darmstadt. Vorstandsmitglied in der deutschen Fachgesellschaft für Verhaltenstherapie (dvt) und im Dachverband Dialektisch Behaviorale Therapie (DBBT), dort Mitglied der Arbeitsgruppe Psychoedukation. Als Lehrtherapeut und Supervisor VT und DBT tätig.

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

#### **Copyright-Hinweis:**

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG  
Merkelstraße 3  
37085 Göttingen  
Deutschland  
Tel.: +49 551 999 50 0  
Fax: +49 551 999 50 111  
E-Mail: [verlag@hogrefe.de](mailto:verlag@hogrefe.de)  
Internet: [www.hogrefe.de](http://www.hogrefe.de)

Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar  
Illustrationen: Klaus Gehrman, Freiburg; [www.klausgehrmann.net](http://www.klausgehrmann.net)  
Format: PDF

1. Auflage 2017

© 2017 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen  
(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2424-8; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2424-9)  
ISBN 978-3-8017-2424-5  
<http://doi.org/10.1026/02424-000>

### **Nutzungsbedingungen:**

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

### **Anmerkung:**

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung</b> .....	7
-------------------------	---

## Teil I: Grundlagen

<b>Kapitel 1: Beschreibung der Borderline-Persönlichkeitsstörung</b> .....	11
1.1 Klinisches Erscheinungsbild .....	11
1.2 Diagnostische Kriterien .....	11
1.3 Diagnostische Instrumente .....	13
1.4 Komorbiditäten und Differenzialdiagnose .....	13
1.5 Epidemiologie .....	13
1.6 Kosten der Störung .....	14
1.7 Verlauf und Prognose .....	14
<b>Kapitel 2: Ätiologie – Die biosoziale Theorie</b> .....	15

## Teil II: Therapie

<b>Kapitel 3: Grundlagen der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT)</b> .....	23
3.1 Die therapeutischen Grundhaltungen .....	23
3.2 Therapiestruktur .....	26
3.2.1 Vorbereitungsphase .....	27
3.2.2 Erste Therapiephase .....	28
3.2.3 Zweite Therapiephase .....	30
3.2.4 Dritte Therapiephase .....	31
3.3 Therapieelemente .....	33
3.3.1 Einzeltherapie .....	33
3.3.2 Fertigkeitentraining in der Gruppe .....	33
3.3.3 Telefonkontakte .....	33
3.3.4 Konsultationsteam .....	34
3.3.5 Supervision .....	34
3.3.6 Exkurs: Die DBT-PTSD .....	35
3.4 Das ambulante Netzwerk .....	37
3.4.1 Installation von ambulanten Netzwerken .....	38
3.4.2 Arbeiten in einem ambulanten Netzwerk .....	38
3.4.3 Finanzierung eines ambulanten Netzwerkes .....	39
3.5 Therapeutische Strategien .....	39
3.5.1 Strukturelle Strategien (S1 bis S7) .....	42
3.5.2 Strategien zur Problemerkennung (P1 bis P8) .....	42
3.5.3 Strategien zur Problemlösung (L1 bis L9) .....	43
3.5.4 Strategien zum Kontingenzmanagement (M1 bis M5) .....	44
3.5.5 Expositionsstrategien (E1 und E2) .....	45
3.5.6 Kognitive Strategien (C1 bis C5) .....	46

3.5.7	Validierungsstrategien (V1 bis V7) .....	46
3.5.8	Kommunikationsstrategien (R1 bis R7; I1 bis I3) .....	48
3.5.9	Dialektische Strategien (D1 bis D6) .....	50
3.6	Die therapeutische Beziehungsgestaltung .....	52
3.7	Fertigkeitentraining in der Gruppe .....	54
3.8	Die therapeutische Adhärenz in der DBT .....	57
<b>Kapitel 4: Beschreibung der Therapiedurchführung .....</b>		<b>59</b>
4.1	Die ersten 1 bis 5 Sitzungen (probatorische Sitzungen) .....	61
4.2	Sitzung 6 bis 20 .....	77
4.2.1	Der Einsatz des Kontingenzmanagement .....	98
4.2.2	Die Durchführung eines Konsultationsteams .....	103
4.2.3	Der Umgang mit Krisen .....	105
4.2.4	Die Durchführung von Krisentelefonaten .....	111
4.3	Sitzung 21 bis 40 .....	117
4.3.1	Der Umgang mit ausbleibenden Therapiefortschritten .....	121
4.4	Sitzung 41 bis 60 (zweites Behandlungsjahr) .....	126
4.4.1	Die Arbeit mit den Emotionen des Patienten .....	127
4.4.2	Der Umgang mit Schuld und Scham .....	136
4.5	Sitzung 61 bis 80 (drittes Behandlungsjahr) .....	139
4.5.1	Das Therapieende .....	143
4.6	Der Umgang mit besonderen Situationen .....	146
4.6.1	Der Umgang mit Schweigen .....	146
4.6.2	Der Umgang mit Dissoziation .....	147
4.6.3	Der Umgang mit starker Wut .....	149
<b>Kapitel 5: Die Wirksamkeit der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) .....</b>		<b>151</b>
<b>Kapitel 6: Psychopharmakotherapie bei einer Borderline-Persönlichkeitsstörung .</b>		<b>154</b>
<b>Literatur .....</b>		<b>156</b>
<b>Anhang .....</b>		<b>165</b>
Übersicht über die Materialien auf der CD-ROM .....		165

## CD-ROM

Die CD-ROM enthält PDF-Dateien aller Materialien, die bei der Durchführung des Therapieprogrammes verwendet werden können.

Die PDF-Dateien können mit dem Programm Acrobat® Reader (eine kostenlose Version ist unter [www.adobe.com/products/acrobat](http://www.adobe.com/products/acrobat) erhältlich) gelesen und ausgedruckt werden.



## Einleitung

*„Die Dinge sind perfekt, weil sie nicht perfekt sind.“*

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) wurde in den 1980er Jahren von Marsha Linehan (University of Washington, Seattle, USA) zunächst als störungsspezifische ambulante Therapie für chronisch suizidale Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) entwickelt (Linehan, 1996a, b). Heute gilt die DBT als Prototyp für eine modular konzipierte Psychotherapie. Sie wurde sowohl für zahlreiche psychische Störungen, die mit einer Störung der Emotionsregulation einhergehen, weiterentwickelt als auch an verschiedene Behandlungssettings angepasst.

Wesentliches Behandlungsziel der DBT ist der Aufbau bzw. die Verbesserung von funktionalen Strategien zur Emotionsregulation. Hierfür lernen die Borderline-Patienten in einem ersten Schritt Strategien zur Reduktion extremer Emotionalität sowie dysfunktionaler stimmungsabhängiger Verhaltensweisen; in einem zweiten Schritt werden Strategien vermittelt, dem eigenen Erleben mit mehr Akzeptanz und Vertrauen zu begegnen. Die umfassende und konsequente Anwendung der erlernten Strategien kann schließlich über Selbstakzeptanz, Wertschätzung, Selbstfürsorge und achtsames Mitgefühl zu einem neuen und erfüllten Leben führen. Oder anders formuliert: Aus einem „Zustand des Überlebens“ wird ein „Zustand des Lebens“. Das übergeordnete Behandlungsziel in der DBT ist demnach der Aufbau dialektischer Verhaltensmuster, ein Leben voller Ausgewogenheit, jenseits von dichotomem Denken und Handeln.

Die Autoren dieses Bandes praktizieren DBT seit vielen Jahren: Christian Stiglmayr erlernte die DBT Mitte der 1990er Jahre bei Marsha Linehan, war Stationspsychologe auf der ersten DBT-Station an der Universitätsklinik Freiburg und ist heute Leiter eines Fortbildungsinstitutes für DBT in Berlin (AWP Berlin). Hans Gunia kam mit der DBT erstmals bei einer frühen DBT-Fortbildung in Freiburg in Kontakt und begründete zusammen mit Kollegen Ende der 1990er Jahre das erste DBT-basierte Borderline-Netzwerk in Darmstadt.

Das vorliegende Therapiemanual beschreibt das konkrete therapeutische Vorgehen innerhalb der ambulanten DBT erstmals in aller Ausführlichkeit. Das Buch untergliedert sich in zwei Abschnitte: Teil 1 liefert eine Beschreibung des Störungsbildes, informiert über diagnostische Verfahren und geht auf die Ätiologie der Störung ein. In Teil 2 folgt eine Darstellung der theoretischen Grundlagen der DBT und eine ausführliche Beschreibung des therapeutischen Vorgehens – konkretisiert anhand eines Fallbeispiels. Die einzelnen Sitzungen werden inhaltlich wie auch methodisch detailliert beschrieben. Zahlreiche beispielhafte Therapiesequenzen erleichtern die Nachvollziehbarkeit. Eine Besonderheit dieses Therapiemanuals ist, dass die zur Anwendung kommenden DBT-Strategien jeweils gekennzeichnet sind (Adhärenz-Ratings). Mit diesem Vorgehen wird gewährleistet, dass die DBT in ihrer Anwendung für den Leser jederzeit transparent ist. Wir gehen davon aus, dass dadurch zudem der Transfer in die Praxis deutlich erleichtert wird. Sehr konkrete Handlungsanweisungen zu Beginn eines jeden Therapieabschnitts wie auch in spezifischen Therapiesituationen erhöhen die praktische Umsetzbarkeit. Auf schwierige Therapiesituationen, wie z. B. krisenhaftes Verhalten, Dissoziation, Wut auf den Therapeuten, wird ebenfalls eingegangen.

Sicherlich ist ein Buch über ein bereits bestehendes Therapieverfahren auch immer ein Stück individuelle Weiterentwicklung desselben. Diese hängt maßgeblich von persönlichen Vorlieben und gerade aktuellen Interessen der Autoren ab. Dennoch haben wir uns bemüht, die Wesensmerkmale und Besonderheiten der DBT darzustellen, so wie sie von der Urheberin Marsha Linehan entwickelt wurden. Wir haben uns aber auch erlaubt, bestimmte Aspekte, die uns in unserer täglichen therapeutischen Arbeit als besonders wichtig erscheinen, herauszustellen. Konzeptuelle und inhaltliche Fortführungen sowie Neuinterpretationen von Linehans Leistungen sind hierbei zwangsläufig. Die individuellen Ausformungen sind sicherlich zum Teil auch der deutschen Adaptation der DBT geschuldet. Damit kann ein Buch, wie Sie es jetzt in der Hand halten, immer nur eine Momentaufnahme darstellen. Ähnlich einer geliebten Speise, die aufgrund ihrer jeweils leicht unterschiedlichen Zusammensetzung niemals genau gleich schmecken wird.

Zentrale Weiterentwicklungen, die in diesem Buch zur Sprache kommen, betreffen vor allem die Neugestaltung der dynamischen Behandlungshierarchie, die Inkludierung von therapeutischen Strategien aus der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT; Eifert, 2011) sowie die Behandlung einer komorbiden schweren Posttraumatischen Belastungsstörung (DBT-PTSD; Bohus et al., 2011). Wegweisenden Einfluss hat auch das Konzept des achtsamen Selbstmitgefühls (Mindful Self-Compassion, MSC; Germer 2012) genommen; wir sind allerdings der Überzeugung, dass wesentliche Merkmale dieses Programms bereits Bestandteil der DBT sind. Sie wurden von Marsha Linehan nur nicht explizit formuliert. Ein von uns gesetzter Fokus liegt außerdem auf der Emotionsarbeit. Auch dies wird von Linehan so deutlich nicht herausgestellt, kann aus dem Grundverständnis der DBT allerdings durchaus abgeleitet werden.

Da die Emotionsarbeit im Rahmen der DBT eine zentrale Stelle einnimmt, wird diesem Thema ein eigenes Kapitel gewidmet. Bei der Erstellung dieses Kapitels haben wir uns durch das sehr empfehlenswerte Buch von Kelly Koerner (2013) inspirieren lassen und haben auf die Arbeiten von Leslie Greenberg (2002), dem Begründer der emotionsfokussierten Therapie, zurückgegriffen. Wir haben nicht den Anspruch, dass dieses Kapitel einen endgültigen Stand abbildet, vielmehr erhoffen wir, für eine Weiterentwicklung der konkreten Emotionsarbeit innerhalb der DBT hilfreiche Impulse geben zu können.

Aufgrund der schlechten – insbesondere ambulanten – Versorgungssituation werden die Chancen einer erfolgreichen Behandlung von Patienten mit einer BPS als ungenügend bewertet. Dies ist nach wie vor der Fall, obwohl die Auseinandersetzung mit der BPS und deren Behandlungsmöglichkeiten in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat. Nur etwa jeder 1 000. Borderline-Patient kommt derzeit in Deutschland in den Genuss einer störungsspezifischen, evidenzbasierten Behandlung. Wir hoffen und wünschen uns, dass mit dem vorliegenden Behandlungsmanual die Verbreitung der DBT als effektives Therapieverfahren zur Behandlung einer BPS weiter befördert wird. Wir haben uns um eine transparente und sehr klare Beschreibung der einzelnen therapeutischen Schritte bemüht, um so auch für junge Kolleginnen und Kollegen ein praktikables Buch zu erstellen. Wir sind uns aber sicher, dass auch für erfahrene Praktiker zahlreiche Anregungen vorhanden sind.

Ohne die Anregungen und Hilfestellungen zahlreicher Kolleginnen und Kollegen und uns wichtiger Menschen hätte das vorliegende Buch niemals die von uns angestrebte Qualität erreichen können. Wir danken Herrn Dr. Gerhard Zarbock für die Auseinandersetzung über den Aufbau und die praktische Umsetzung von Verhaltens- und Kettenanalysen. Frau Arve Thürmann als MSC-Expertin und Berliner Praxiskollegin sorgte mit ihren stets feinfühligem Rückmeldungen für die Integration wesentlicher Strategien zum achtsamen Mitgefühl. Frau Susanne Burda half in ihrer Funktion als ausgesprochen kompetente Sozialarbeiterin an einer DBT-Tagesklinik bei der korrekten Darstellung von Möglichkeiten und Grenzen rund um das Thema Arbeit und Beruf. Frau Kathlen Priebe bereicherte das vorliegende Buch mit einem Beitrag zur DBT-PTSD, Prof. Dr. Christian Schmahl mit einem Beitrag zur Neurobiologie, Prof. Dr. Martin Bohus sowie Prof. Dr. Klaus Lieb mit einem Beitrag zur Pharmakotherapie bei der BPS. Unser Dank gilt Kathlen Priebe, Christian Schmahl, Martin Bohus und Klaus Lieb nicht nur für deren literarischen Beitrag, sondern auch für die langjährige, immer kollegiale Begleitung. Die DBT, wie sie von uns in diesem Buch beschrieben ist, ist damit auch deren Werk. Unser besonderer Dank gilt Frau Julia Förster. Julia Förster ist eine der wenigen deutschsprachigen Expertinnen für das Raten der DBT-Adhärenz und war verantwortlich für die Überprüfung der gerateten DBT-Strategien. Bedanken möchten wir uns schließlich beim Hogrefe Verlag für die Möglichkeit, dieses Buch zu verfassen. Susanne Weidinger als unserer Lektorin wollen wir für ihre Geduld und ihre hohe Kompetenz danken.

Unser ganz persönlicher Dank gilt Carola Stiglmayr und Anette Fecher für die fortwährende Inspiration und das Übernehmen alltäglicher Aufgaben, die eigentlich die unsrigen gewesen wären. Anton und Justus Stiglmayr möchten wir danken für ihre durchweg bereichernde Existenz, ohne die viele Qualitäten dieses Buches nicht denkbar gewesen wären.

Berlin und Darmstadt, im Juni 2016

Christian Stiglmayr und Hans Gunia

## **Teil I: Grundlagen**



# Kapitel 1

## Beschreibung der Borderline-Persönlichkeitsstörung

### 1.1 Klinisches Erscheinungsbild

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) ist eine schwere, chronische psychische Erkrankung, welche zu den Persönlichkeitsstörungen gezählt wird. Im DSM-5 (APA/Falkai et al., 2015) wie auch im vorausgegangenen DSM-IV-TR (Saß et al., 2003) ist die Störung durch neun Kriterien gekennzeichnet. Diese können drei psychopathologischen Dimensionen zugeordnet werden: (1) Störungen der Affektregulation, (2) Störungen der Identität und (3) Störungen der sozialen Interaktion.

Zentrales Kennzeichen von Störungen der Affektregulation sind sehr schnell auslösbare, übermäßig starke und lang anhaltende emotionale Zustände. Je nach Ausmaß können diese emotionalen Zustände von den Betroffenen nicht mehr differenziert wahrgenommen werden, werden als unkontrollierbar erlebt. Distinkte Emotionen weichen zunehmend einem diffusen Gefühl innerer Anspannung; dissoziatives Erleben wird häufig zusätzlich berichtet (Stiglmayr et al., 2005). Diese als höchst unangenehm erlebten Spannungs- und dissoziativen Zustände werden mithilfe schnell wirksamer, aber langfristig dysfunktionaler Verhaltensweisen wie Selbstverletzungen oder Suizidversuchen alsbald zu beenden versucht (Kleindienst & Bohus, 2009). Impulsives Verhalten in Form von erhöhtem Alkohol- oder Drogenkonsum, Essattacken oder Hochrisikoverhalten (z. B. auf Bahngleisen spazieren gehen oder auf Hochhäusern balancieren) können ebenfalls Folge einer gestörten Affektregulation sein. Bei manchen Betroffenen sind zusätzlich heftige Wutausbrüche zu beobachten; anderen hingegen ist ein Gefühl von Wut auf andere Personen völlig fremd, richten diese stattdessen gegen sich selbst.

Störungen der Identität zeichnen sich bei Borderline-Patienten durch vier unterschiedliche Kategorien aus (Wilkinson-Ryan & Westen, 2000):

- ein vollständiges Aufgehen in einer einzigen sozialen Rolle (Rollen-Absorption);
- dem Gefühl der „inneren Zerrissenheit“ (schmerzhafte Inkohärenz);

- einer, in Abhängigkeit von der jeweiligen Bezugsperson, ständig wechselnden Identität (schmerzhafte Inkonsistenz);
- Schwierigkeiten, eine soziale Rolle in all ihren Anforderungen anzunehmen, ohne das Gefühl zu entwickeln, sich darin zu „verlieren“ (fehlende Rollenakzeptanz).

Aufgrund der instabilen Identität findet sich häufig ein chronisches Gefühl der inneren Leere, was von vielen Betroffenen als ausgesprochen quälend empfunden wird.

Störungen der sozialen Interaktion sind vor allem durch einen permanenten und sehr schnellen Wechsel zwischen Idealisierung und Abwertung des Gegenübers gekennzeichnet. Damit einher geht eine unangemessene Nähe-Distanz-Regulation. Das Beziehungsverhalten von Borderline-Patienten ähnelt in vielen Fällen denen von Pubertierenden. Aus diesem Grund bezeichnet Martin Bohus Borderline-Patienten als „chronisch Pubertierende auf hohem Niveau“.

### 1.2 Diagnostische Kriterien

Eine erste typologische Definition der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) erschien 1980 im DSM-III (APA, 1980). Der Begriff „Borderline“ fand erstmalig 1938 bei dem Psychoanalytiker Adolf Stern Erwähnung. Er versuchte mit diesem Begriff Phänomene zu beschreiben, welche sich im Übergangsbereich von Neurose und Psychose befanden. Die entsprechenden Patienten waren offenbar „zu krank“ für die klassische Psychoanalyse, interpretierten jedoch nicht, wie die psychotischen Patienten, die reale Welt ständig falsch. Im Unterschied hierzu beschrieben Hoch und Polantin (1949) als Anhänger der psychiatrischen Tradition von ihnen als „borderline cases“ bezeichnete Patienten mit einer Reihe formaler und inhaltlicher Denkstörungen und entwickelten das Konzept der pseudoneurotischen Schizophrenie. Auf der Grundlage dieser Beschreibungen führte Knight (1953) schließlich den Begriff der Borderline-Störung ein. Erst durch die Arbeiten

von Otto Kernberg (1975/1980) fand die Vielgestaltigkeit und Vieldeutigkeit der Konzepte um den Begriff „Borderline“ eine Eindämmung. Im Rahmen seines Vereinheitlichungsversuches zur Beschreibung des Borderline-Störungsbildes sprach Kernberg zunehmend von Persönlichkeitsstörung. Nach Kernberg handelt es sich hierbei nicht um Personen, welche sich im Grenzbereich zwischen Neurose und Psychose befinden, sondern um stabile Persönlichkeitsmerkmale. Nur unter extremen Belastungen oder regressionsfördernden Bedingungen seien psychotische Episoden möglich. In Abgrenzung zur Neurose treten Verhaltensauffälligkeiten wie Zwänge, Ängste, Phobien etc. in ihrer qualitativen und quantitativen Ausgestaltung nur fluktuierend auf. Diese Deskription hatte schließlich auch entscheidenden Anteil an der Aufnahme der BPS in das DSM-III. In den aktuellen Auflagen des DSM (DSM-5; APA/Falkai et al., 2015) sowie der ICD (ICD-10; WHO/Dilling et al., 1991) sind die diagnostischen Kriterien einer BPS klar definiert.

**Diagnostische Kriterien für die Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-5 (Abdruck erfolgt mit Genehmigung aus der deutschen Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition © 2013, Dt. Ausgabe: © 2015, American Psychiatric Association. Alle Rechte vorbehalten)**

- A. Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter, und das Muster zeigt sich in verschiedenen Situationen. Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:
1. Verzweifelt Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden. (*Beachte:* Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.)
  2. Ein Muster instabiler und intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
  3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.

4. Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Essanfälle“). (*Beachte:* Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.)
5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.
6. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z. B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).
7. Chronische Gefühle von Leere.
8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

Die ICD-10 übernahm weitgehend die deskriptive Sichtweise des DSM zur Charakterisierung der BPS. Diese wird dort als emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typus geführt. Daneben wird eine zweite Störungsvariante beschrieben, die emotional instabile Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typus. Diese kennzeichnet Personen, deren mangelnde Impulskontrolle zu gewalttätigem und bedrohlichem Verhalten führt – Verhaltensweisen, welche sich vor allem bei Männern beobachten lassen (Fiedler & Mundt, 1995). Beide Störungstypen werden unter der Rubrik der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung geführt. Mit dieser Zweiteilung versuchte die Arbeitsgruppe, welche die Persönlichkeitsstörungen in der ICD-10 ausarbeitete, dem „Geschlechtsbias in der Diagnostik der Borderline-Persönlichkeitsstörung entgegenzuwirken“. Die ICD-10-Kriterien der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung finden sich im nachfolgenden Kasten.

**Emotional instabile Persönlichkeitsstörung gemäß ICD-10 (F60.3)**

Eine Persönlichkeitsstörung mit deutlicher Tendenz, Impulse zu handeln ohne Berücksichtigung von Konsequenzen, und mit wechselnder,



instabiler Stimmung. Die Fähigkeit, vorauszuplanen, ist gering und Ausbrüche intensiven Ärgers können zu oft gewalttätigem und explosiblem Verhalten führen; dieses Verhalten wird leicht ausgelöst, wenn von anderen impulsive Handlungen kritisiert oder behindert werden. Zwei Erscheinungsformen dieser Persönlichkeitsstörung können näher beschrieben werden, bei beiden finden sich Impulsivität und mangelnde Selbstkontrolle.

*Ausschluss:*

- dissoziale Persönlichkeit(sstörung) (F60.2)

#### *F60.30 impulsiver Typ*

Die wesentlichen Charakterzüge sind emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle. Ausbrüche von gewalttätigem und bedrohlichem Verhalten sind häufig, vor allem bei Kritik durch andere.

*Dazugehörige Begriffe:*

- aggressive Persönlichkeit(sstörung)
- reizbare (explosible) Persönlichkeit(sstörung)

#### *F60.31 Borderline-Typ*

Einige Kennzeichen emotionaler Instabilität sind vorhanden, zusätzlich sind oft das eigene Selbstbild, Ziele und „innere Präferenzen“ (einschließlich der sexuellen) unklar und gestört. Meist besteht ein chronisches Gefühl innerer Leer. Die Neigung zu intensiven, aber unbeständigen Beziehungen kann zu wiederholten emotionalen Krisen führen mit übermäßigen Anstrengungen nicht verlassen zu werden, und mit Suiziddrohungen oder selbstschädigenden Handlungen (diese können auch ohne deutliche Auslöser vorkommen).

*Dazugehörige Begriffe:*

- Borderline Persönlichkeit(sstörung)

### 1.3 Diagnostische Instrumente

Als Fremdburteilungsverfahren zur Diagnostik der Borderline-Persönlichkeitsstörung liegen im Wesentlichen drei evaluierte Instrumente vor: die International Personality Disorder Examination (IPDE; Loranger, 1999), das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV, Achse II (SKID-II; Fydrich et al., 1997; Überblick: Stieglitz, 2000) sowie die revidierte Fassung des Diagnostischen Interviews für Borderline-Patienten (DIB-R; Gunderson & Zanarini, 1983/1990). Obwohl das IPDE sowohl für die Diagnosestellung nach DSM-IV

wie auch ICD-10 konzipiert wurde, liegt ausschließlich für das ICD-10 eine deutschsprachige Version vor (Mombour et al., 1996). Dem DIB-R liegt eine psychoanalytische Konzeption zugrunde; es basiert daher weder auf dem ICD-10 noch dem DSM-IV. Es eignet sich jedoch gut, um einen vertiefenden Einblick in die Bereiche sozialer Erfolg, Impulsivität, manipulative Suizidhandlungen, gesteigerte Affektivität, dezente psychotische Erlebnisse, gesteigerte Kontaktbedürftigkeit und gestörte enge zwischenmenschliche Beziehungen zu erhalten.

Als Selbstbeurteilungsverfahren liegt die umfangreich evaluierte Borderline-Symptom-Liste (BSL; Bohus et al., 2001; Bohus et al., 2007) vor, welche sich besonders gut für Verlaufsmessungen eignet (vgl. hierzu auch die Vorlage auf der CD-ROM).

### 1.4 Komorbiditäten und Differenzialdiagnose

In den meisten Fällen besteht neben der Diagnose einer BPS mindestens jeweils eine weitere Achse-I- und Achse-II-Störung. Bezogen auf die Lebenszeitkomorbidität findet sich am häufigsten eine affektive Störung (80%), eine Angststörung (80%), eine Essstörung (70%), ein Substanzmissbrauch (60%), eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; 60%) sowie bei ca. 80% eine weitere Persönlichkeitsstörung (Überblick: Sipos & Schweiger, 2003). Weiterhin weisen Borderline-Patienten häufig eine zusätzliche dissoziative Störungen und Symptome auf. Einer Überlicksarbeit von Priebe et al. (2014) zufolge findet sich bei ca. 50% bis 80% der Betroffenen eine komorbide dissoziative Störung, in ca. 20% bis 30% der Wachzeit treten dissoziative Symptome auf.

Differenzialdiagnostisch muss die BPS vor allem von einer komplexen PTBS, einer Schizophrenie, einer histrionischen und einer dependenten Persönlichkeitsstörung abgegrenzt werden (Barnow et al., 2010; Gronau et al., 2015; Überblick siehe DGPPN, 2009).

### 1.5 Epidemiologie

Derzeit wird von einer Punktprävalenzrate für die BPS von 0,7 bis 1,6% in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung in den USA und Großbritannien

(Coid et al., 2006; Lenzenweger et al., 2007) und von 1,1 % in Deutschland (Maier et al., 1992) ausgegangen. Es wird eine Lebenszeitprävalenzrate von 3 bis 6 % angenommen (Grant et al., 2008; Trull et al., 2010). Hinsichtlich der Verdachtsdiagnose einer BPS im Jugendalter wird von Prävalenzzahlen zwischen 3 und 18 % ausgegangen (Zanarini et al., 1997; Chabrol et al., 2001). Bei der BPS sind selbstverletzende Handlungen häufig (70 bis 80 % der Fälle), bei 7 bis 10 % finden sich vollendete Suizide (Skodol et al., 2002). Die hohe Angst der Therapeuten vor einem Suizid kann mit der hohen Zahl an Suizidversuchen – 66 % – erklärt werden (Bohus, 2007). Zwischen 50 % (Zahlen aus Großbritannien: Coid et al., 2006) und 80 % (Zahlen aus Norwegen: Torgersen et al., 2001) aller Borderline-Patienten befinden sich in psychiatrischer und/oder psychotherapeutischer Behandlung. Übertragen auf Deutschland besteht damit ein Versorgungsbedarf von etwa 500.000 erwachsenen Patienten. Das Geschlechterverhältnis ist ausgeglichen, auch wenn wesentlich mehr Frauen therapeutische Unterstützung aufsuchen.

## 1.6 Kosten der Störung

In den letzten Jahren rückten die durch die BPS verursachten direkten und indirekten Krankheitskosten zunehmend in den Fokus des wissenschaftlichen wie auch gesellschaftlichen Interesses. Zu den direkten Kosten werden alle unmittelbar durch die Behandlungen und deren Folgen entstandenen Ressourcenverbräuche gezählt. Die indirekten Kosten berechnen sich über alle Produktivitätsverluste infolge von Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit und vorzeitigem Tod, die der Erkrankung zugeordnet werden können. Van Asselt et al. (2007) ermittelten für die Niederlande jährliche Kosten von 21.120 Euro pro Patient mit einer BPS, Bateman und Fonagy (2003) für Großbritannien sogar Kosten von 38.771 Euro. Im Rahmen der Berliner Borderline-Versorgungsstudie (BBV-Studie; Stiglmayr et al., 2015) wurden 28.026 Euro jährliche Kosten pro Patient berechnet (direkte Kosten: 19.038 Euro, indirekte Kosten: 8.988 Euro); allein 13.121 Euro fallen für stationäre sowie teilstationäre Behandlungen an (Wagner et al., 2013; Wagner et al., 2014). Diese Kosten werden in Deutschland nur noch durch Krankheitskosten von Patienten mit einer Schizophrenie (Konopka et al., 2007) sowie von Patienten mit Multipler Sklerose (Kobelt et al., 2006) übertroffen.

Hochgerechnet auf Deutschland bedeutet dies ca. 5 Milliarden Euro pro Jahr an direkten Kosten und inklusive indirekten Kosten sogar ca. 7,5 Milliarden Euro pro Jahr. Dies entspricht etwa 25 Prozent der Gesamtkosten, die für stationäre Behandlungen von psychischen Störungen jährlich ausgegeben werden (Bohus, 2007). Es ist anzunehmen, dass der Großteil der direkten Kosten vor allem auf nicht störungsspezifische Behandlungsmaßnahmen zurückzuführen ist.

## 1.7 Verlauf und Prognose

Der typische Verlauf einer BPS zeigt sich nach Winograd et al. (2008) wie folgt: In der Regel werden Patienten mit einer BPS erstmals in der frühen Adoleszenz auffällig, zu einer Maximierung dysfunktionalen Verhaltens und Erlebens kommt es mit Mitte 20, anschließend flaut die Symptomatik langsam wieder ab. Je nachdem, wie protektive bzw. destabilisierende Faktoren Einfluss auf die Störung nehmen, kann diese jedoch auch deutlich kürzer oder länger andauern und kann sogar erst im fortgeschrittenen Erwachsenenalter zum Ausbruch kommen. Spätestens seit der Studie von Zanarini et al. (2003) musste der bis dato als sehr ungünstig beschriebene Verlauf der BPS neu bewertet werden: Etwa 75 % aller untersuchten Borderline-Patienten erfüllten nach sechs Jahren nicht mehr die Kriterien einer BPS. Dabei zeigte sich die Remissionsrate als bemerkenswert stabil: Nur 6 % der Patienten erlebten einen Rückfall. Erwähnenswert ist, dass aufgrund der Rekrutierungsbedingungen diese Zahlen ausschließlich für Mittelschichts- und Oberschichtsangehörige gelten. In der erwähnten BBV-Studie (Stiglmayr et al., 2015) erfüllten nach einem Jahr DBT-Behandlung nur noch 23 % der eingeschlossenen Patienten die Kriterien einer BPS nach DSM-IV.

Als negative prognostische Prädiktoren gelten neben zusätzlichen psychiatrischen Diagnosen, vor allem eine Abhängigkeitserkrankung (Überblick: Zanarini et al., 2003), eine ausgeprägte Neigung zur Impulsivität, wie z. B. wiederholte Suizidversuche oder häufiges selbstverletzendes Verhalten (SVV) (Überblick: Reekum et al., 1994), und körperliche Gewalt und Vernachlässigung in der Kindheit (Johnson et al., 1999).



## Kapitel 2

### Ätiologie – Die biosoziale Theorie

Um die DBT in ihrer Zielsetzung, ihrem Aufbau sowie ihrer Dynamik richtig verstehen zu können, wollen wir nachfolgend auf die wesentlichen Aspekte, die Marsha Linehan für das Zustandekommen einer BPS verantwortlich sieht, eingehen. Im Zentrum der BPS findet sich nach Linehan (1996a) eine Emotionsregulationsstörung. Auf der Grundlage eines biosozialen Ätiologiemodells nimmt Linehan zum einen an, dass eine *biologische* Disposition

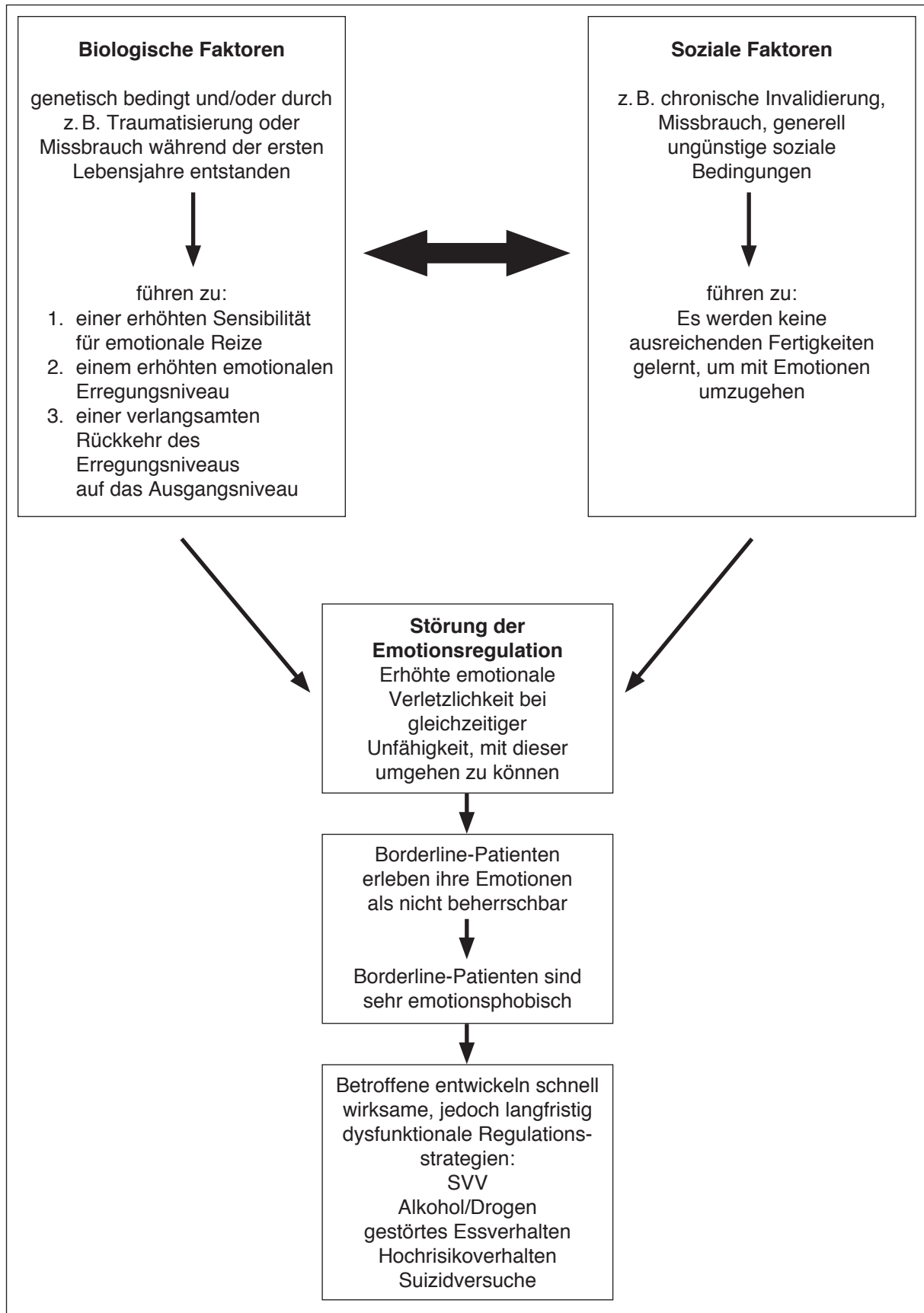
1. zu einer erhöhten Sensibilität auf emotionale Reize,
2. zu einem erhöhten emotionalen Erregungsniveau sowie
3. zu einer verlangsamten Rückkehr auf das emotionale Ausgangsniveau führt.

Zum anderen erlernen die Patienten aufgrund ungünstiger *sozialer* Bedingungen keine ausreichenden Fertigkeiten, mit ihren Emotionen umzugehen (vgl. Abb. 1). Nachfolgender bildlicher Vergleich macht die Borderline-Problematik deutlich: Borderline-Patienten besitzen auf der emotionalen Ebene anstatt eines VW Golfs einen Ferrari. Dieser reagiert sehr viel sensibler auf Berührungen des Gaspedals und ist natürlich auch deutlich schneller. Es ist nicht schwer vorstellbar, dass es zur Beherrschung eines solchen Fahrzeuges deutlich mehr Fertigkeiten bedarf. Da BPS-Patienten aus diesem Grund ihre Emotionen meist als unbeherrschbar erleben, entsteht ein sehr nachhaltiges Problem: Die Betroffenen versuchen, soweit es ihnen möglich ist, ihre Emotionen zu vermeiden, d.h. Borderline-Patienten sind in der Regel sehr emotionsphobisch. Dies betrifft nahezu alle distinkten Emotionen, wie z.B. Scham, Schuld, Ärger, Angst, aber auch angenehme Emotionen wie Liebe oder Freude (Santangelo et al., 2014). Da sich Emotionen jedoch nicht dauerhaft vermeiden lassen, entwickeln die Betroffenen Regulationsstrategien, wie z.B. selbstverletzendes Verhalten (SVV), Alkohol- oder Drogenkonsum, Hochrisikoverhalten oder Suizidversuche. Diese sind kurzfristig sehr effektiv, erweisen sich langfristig allerdings als sehr schädlich.

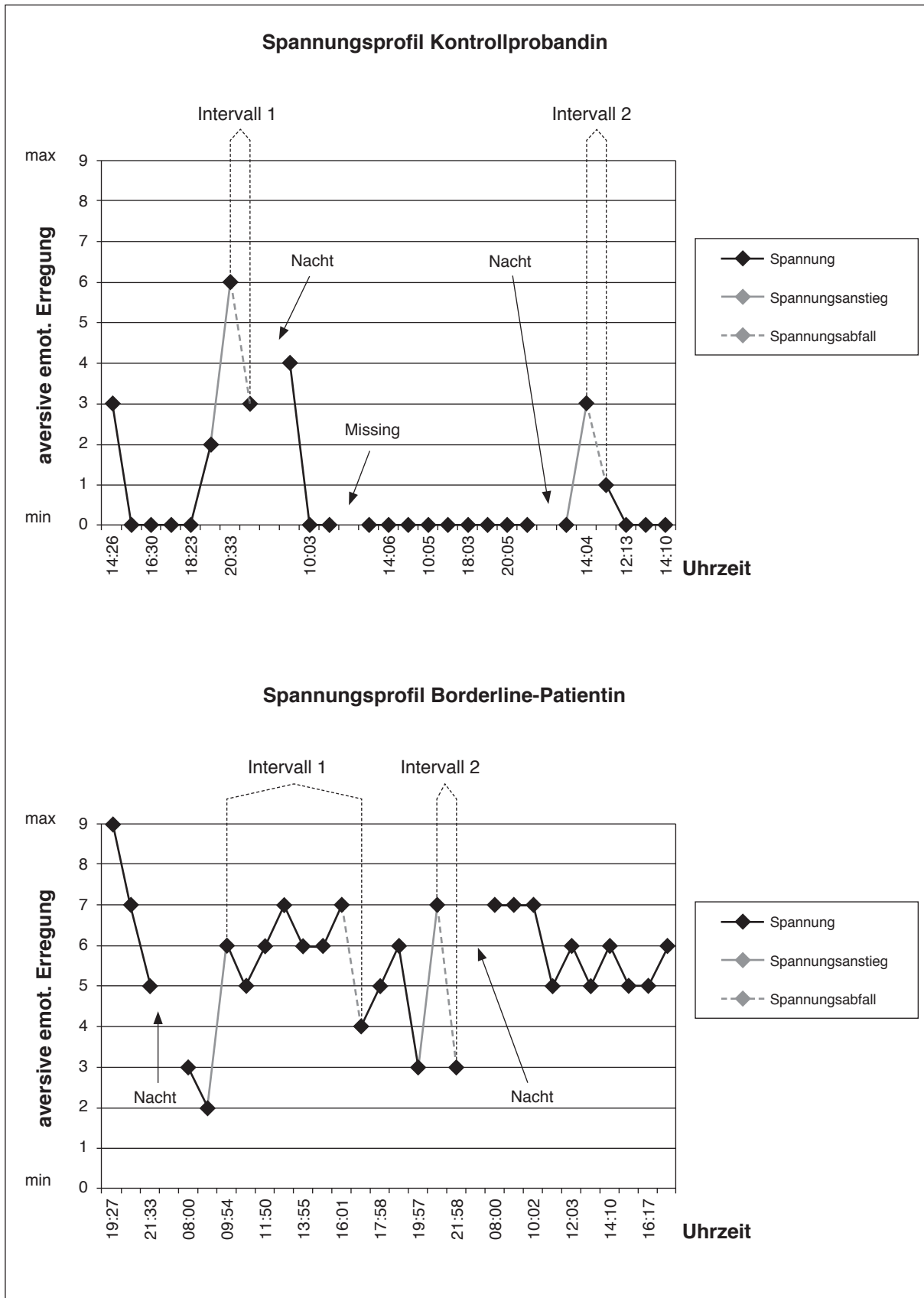
Für die angenommene biologische Disposition gibt es mittlerweile zahlreiche empirische Belege.

Auf (neuro-)biologischer Ebene zeigen Borderline-Patienten Veränderungen der HPA-Achse (z. B. Lieb et al., 2004), verringerte Volumina der Amygdala und des Hippocampus (zur Übersicht: Krause-Utz et al., 2014), eine verstärkte Aktivierung der Amygdala (z. B. Herpertz et al., 2001; Schmahel et al. 2006; Schulze et al., 2015) sowie eine eingeschränkte Verbindung zwischen präfrontalem Cortex und der Amygdala (Minzenberg et al., 2007). Diese Befunde können als neurobiologische Korrelate einer generellen emotionalen Hyperreagibilität interpretiert werden. Dabei wird kontrovers diskutiert, inwieweit diese biologische Disposition genetisch bedingt ist oder neuronale Strukturen erst während der ersten Lebensjahre durch bestimmte traumatische Erfahrungen, wie z. B. sexuellen Missbrauch, verändert werden. Phänomenologisch zeigen sich diese Auffälligkeiten durch ein im Vergleich zu psychisch gesunden Kontrollprobanden durchschnittlich neunfach erhöhtes emotionales Erregungsniveau, welches deutlich häufiger ausgelöst wird, schneller ansteigt und etwa doppelt so lange anhält (Stiglmayr et al., 2005).

Außerdem wird infolge der starken emotionalen Erregung von einer verstärkten Dissoziationsneigung ausgegangen (Stiglmayr et al., 2008). Abbildung 2 zeigt den Verlauf aversiver emotionaler Erregung über zwei Tage bei einer psychisch gesunden Person sowie einer Patientin mit einer BPS. Wie deutlich zu erkennen ist, leidet die Borderline-Patientin unter einer deutlich erhöhten emotionalen Erregung, die zudem eine deutlich größere Varianz aufweist. Wir gehen davon aus, dass ein emotionales Erregungsniveau größer 7 einem emotionalen Kontrollverlust gleichzusetzen ist. Diese Annahme wird durch Ergebnisse zur Neurobiologie von Emotionen gestützt, welche zeigen konnten, dass bei sehr starker Aktivierung der Amygdala, wie z. B. bei sehr starker Angst oder Wut, diese über die aufsteigenden Projektionen den Präfrontalen Cortex und den Hippocampus hemmt – was zu Gedankenchaos, Verwirrtheit und Erinnerungsschwierigkeiten führt (z. B. Arnsten, 1998). Entsprechend muss bei sehr intensiven Emotionen bzw. ausgeprägten emotionalen Erregungszuständen von einer eingeschränkten Funktionsfähigkeit



**Abbildung 1:** Biosoziale Theorie der Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)



**Abbildung 2:** Verlauf aversiver emotionaler Erregung über zwei Tage bei einer psychisch gesunden Person sowie bei einer Patientin mit einer BPS

des Präfrontalen Cortex ausgegangen werden. Nach Gold und Seibel (2009) ist genau diese Unterbrechung kognitiver Funktionen und die damit verbundene Unfähigkeit zur Emotionswahrnehmung und -regulation der Grund für auftretende dissoziative Phänomene. Darauf aufbauend wurde vor kurzem ein Modell der emotionalen Über- und Untermodulation bei stressassoziierten Erkrankungen vorgeschlagen (Lanius et al., 2010): Während emotionaler Übererregung, z. B. aufgrund traumatischer Erinnerungen, kommt es zu einer Amygdala-Überaktivität bei gleichzeitiger Abnahme der Aktivität in präfrontalen Kontrollarealen. Genau umgekehrt stellt sich der Sachverhalt bei emotionaler Untermodulation dar, z. B. im Rahmen dissoziativer Zustände: Hier kommt es zu einer verstärkten präfrontalen Aktivierung bei gleichzeitiger Abnahme der Amygdala-Aktivität (Krause-Utz et al., 2012). Es wird angenommen, dass es hierüber zu Problemen bei emotionalen Lernvorgängen (Ebner-Priemer et al., 2009) und schlechterem Ansprechen auf psychotherapeutische Interventionen kommt (Kleindienst et al., 2011).

Auf der sozialen Ebene ist bekannt, dass Borderline-Patienten zumeist in einem invalidierenden Umfeld aufwachsen. Ein invalidierendes soziales Umfeld ist durch die Tendenz gekennzeichnet, unangemessen und unberechenbar auf persönliche Erfahrungen des Kindes zu reagieren. Dem Kind wird vermittelt, dass es das, was es angibt zu fühlen, gar nicht fühle (z. B. „Wenn sie nein sagt, meint sie eigentlich ja“) oder dass es dieses Gefühl nur deshalb habe, weil es überempfindlich, undiszipliniert oder nicht positiv eingestellt sei. Solcherart Verhaltensweisen sind besonders in Familien, in welchen es zu Gewalttätigkeiten kommt, zu beobachten. Daher ist es nicht verwunderlich, dass die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) eine der häufigsten komorbiden Störungen bei Borderline-Patienten ist. In einer epidemiologischen Studie von Pagura et al. (2010) lag bei 30 % der untersuchten Personen mit einer BPS zugleich eine PTBS vor. Bei klinisch behandelten Borderline-Patienten finden sich Raten einer komorbiden PTBS von bis zu 60 % (z. B. Zanarini et al., 1998). Die fehlende Validierung emotionaler Erfahrungen führt zu einer wachsenden Diskrepanz zwischen den Erlebnissen des Kindes und dem, was durch die Umwelt rückgemeldet wird. Das Kind lernt dadurch nicht, seine Gefühle zu benennen und seine emotionale Erregung zu regulieren.

Das Zusammenspiel zwischen den beschriebenen biologischen und sozialen Bedingungen kann für den Einzelnen fatale Folgen haben. Bedürfen doch gerade Personen, die unter einer ausgeprägten emotionalen Vulnerabilität leiden, einer besonders sorgsamem Vermittlung effektiver Strategien zur Emotionsregulation. Der Umstand, dass dieser schwierige Lernprozess nicht stattfindet, ist letztlich die Ursache für den Ausbruch einer BPS mit all ihren dysfunktionalen Verhaltensweisen. Es wird davon ausgegangen, dass je ausgeprägter die biologische Affektlabilität ist, desto stärker sich die Invalidierung des sozialen Umfeldes auswirkt. Dabei ist häufig zu beobachten, dass von der Invalidierung nicht alle Gefühle gleichermaßen betroffen sind. Stattdessen sind, je nach Sozialisation, bestimmte Emotionen durchaus erwünscht, z. B. in einem stark patriarchalisch orientierten Haushalt der Ausdruck von Wut, in einem mehr weiblich orientierten Haushalt der Ausdruck von Scham. Auch ist mittlerweile bekannt, dass Patienten mit einer BPS in niedrigen Erregungszuständen durchaus in der Lage sind, einzelne Emotionen zu differenzieren – und dies sogar stellenweise besser als psychisch gesunde Kontrollprobandinnen (Wolff et al., 2007). Diese Fähigkeit verliert sich jedoch mit zunehmender Spannungsstärke. Entgegen früherer Annahmen scheinen in Übereinstimmung mit Ebner-Priemer et al. (2007) Borderline-Patienten demnach an keiner generellen Unfähigkeit zur Emotionsidentifizierung zu leiden, sondern nur in Abhängigkeit von der jeweiligen Spannungsstärke.

Aufgrund dieser Beobachtung wurde von uns die Hypothese formuliert, dass Spannung eine Art „Hintergrundrauschen“ verursacht, welches die Entschlüsselung der emotionalen Inhalte in Abhängigkeit von der Spannungsstärke erschwert bis verunmöglicht (Stiglmayr et al., 2008). Da diese Inhalte häufig entscheidende Hinweise für die Ursache des emotionalen Erregungszustandes liefern, ist den Patienten damit auch der Weg zu einer funktionalen Problemlösung versperrt. Entsprechend fühlen sich die Patienten hilflos, überwältigt und reagieren mit dysfunktionalen, aber schnell wirksamen Verhaltensweisen, wie z. B. Selbstverletzungen und dissoziativen Zuständen. Die Nachfrage, was denn gerade für eine Emotion vorherrsche, kann daher – in Abhängigkeit von der aktuellen Spannungsstärke – den jeweiligen Patienten gänzlich überfordern und eine wenig zweckmäßige Konfrontation mit seiner subjektiv empfundenen Unzulänglichkeit darstel-