

Inhaltsverzeichnis

TEIL I. THEORIE und KONZEPTE

1. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung: Konzepte, Kontroversen und Definitionen

Das Konzept der Borderline-Persönlichkeitsstörung	3
Das Konzept der parasuizidalen Verhaltensweisen	11
Überlappungen zwischen Borderline-Persönlichkeitsstörung und parasuizidalem Verhalten	13
Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Eine Vorschau	15
Abschließende Überlegungen	20
Anmerkungen	21

2. Dialektische und biosoziale Grundlagen der Behandlung

Dialektik	22
Die Borderline-Persönlichkeitsstörung als Scheitern an der Dialektik	27
Begriffsbildung: Ein dialektischer kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansatz	28
Die biosoziale Theorie:	
Eine dialektische Theorie der Entwicklung der Borderline-Persönlichkeitsstörung	32
Implikationen der biosozialen Theorie für die Therapie von Borderline-Patientinnen	47
Abschließende Bemerkungen	49
Anmerkungen	49

3. Verhaltensmuster: Dialektische Dilemmata bei der Behandlung von Borderline-Patientinnen

Emotionale Vulnerabilität versus Selbstinvalidierung	51
Aktive Passivität versus scheinbare Kompetenz	58
Andauernder Krisenzustand versus unterdrückte Trauer	64
Abschließende Bemerkungen	70
Anmerkungen	70

TEIL II. ÜBERSICHT: BEHANDLUNG UND ZIELE

4. Überblick über die Behandlung: Kurze Darstellung der Ziele, Strategien und Grundannahmen

Zentrale Behandlungselemente	72
Schaffung der Rahmenbedingungen: Die Aufmerksamkeit der Patientin erlangen	72
Beibehalten der dialektischen Sichtweise	73
Die Anwendung der Kernstrategien: Validierung und Problemlösung	73
Ausgewogenheit der interpersonellen Kommunikationsstile	74
Das Zusammenspiel von Beratung der Patientin und direkten Interventionen im Umfeld	75
Therapie für den Therapeuten	75
Rahmenbedingungen der Behandlung	75
Ambulante Einzeltherapie	75
Fertigkeitstraining	76
Stützende Gruppentherapie	77
Telefonische Beratung	77
Fallbesprechung: Teamsitzungen für den Therapeuten	77
Begleitende Therapien	78
Annahmen über Borderline-Patientinnen und die Therapie	78
1. Die Patientinnen geben sich wirklich Mühe	78
2. Die Patientinnen wollen sich ändern	79
3. Die Patientinnen müssen noch mehr Anstrengung und Motivation an den Tag legen, um sich zu ändern	79
4. Die Patientinnen haben zwar nicht alle ihre Schwierigkeiten selbst herbeigeführt, aber sie müssen sie trotzdem selbst lösen	79
5. Das Leben einer suizidalen Borderline-Patientin ist in dieser Form unerträglich	79
6. Die Patientinnen müssen in allen relevanten Lebensbereichen	79
neue Verhaltensweisen erlernen	79
7. Die Patientinnen können in der Therapie nicht versagen	80
8. Therapeuten von Borderline-Patientinnen brauchen Unterstützung	80
Merkmale und Fertigkeiten des Therapeuten	81
Annehmen versus Veränderung	81
Unbeirrbare Zentriertheit versus mitfühlende Flexibilität	81
Stützende versus wohlwollendfordernde Haltung	82
Vereinbarungen zwischen Patientinnen und Therapeuten	83
Verpflichtungen der Patientin	83
Verpflichtungen des Therapeuten	85
Vereinbarungen, die die Beratung des Therapeuten betreffen	86
Vereinbarung über ein dialektisches Herangehen	86
Vereinbarungen über Beratung der Patientin	87
Vereinbarung bezüglich der Übereinstimmung zwischen den Therapeuten	87
Vereinbarung über Wahrung bestimmter Grenzen	87
Vereinbarung über phänomenologische Empathie	87
Vereinbarung über Fehlbarkeit	87
Abschließende Bemerkungen	88
Anmerkungen	88

5. Therapeutische Ziele: Welche Verhaltenweisen sollen aufgebaut, welche abgebaut werden?

Das übergeordnete Ziel: Der Aufbau dialektischer Verhaltensmuster	89
Dialektisches Denken	89
Dialektisches Denken und Kognitive Therapie	91
Dialektische Verhaltensmuster: Ein ausgewogener Lebensstil	91
Primäre Verhaltensziele	92
Reduzierung suizidaler Verhaltensweisen	92
Suizidales Krisenverhalten	92
Reduzierung von Verhaltensweisen, die die Therapie behindern	95
Reduzierung von Verhaltensweisen, die die Lebensqualität einschränken	105
Verbesserung von Verhaltensfertigkeiten	107
Reduzierung von Verhaltensweisen, die mit posttraumatischer Belastung zusammenhängen	115
Selbstachtung erhöhen	117
Sekundäre Verhaltensziele	119
Verbesserung der Fähigkeit, die eigenen Emotionen zu steuern; Reduzierung der emotionalen Überempfindlichkeit	119
Stärkung der Selbstvalidierung; Abbau von Selbstinvalidierung	119
Verbesserung der Fähigkeit zu realistischen Entscheidungsprozessen und Beurteilungen, Abbau von Verhaltensweisen, die zu Krisensituationen führen	119
Förderung der Wahrnehmung von Emotionen; Verminderung von gehemmter Trauer	120
Verbesserung des aktiven Problemlösens; Reduzierung aktiv-passiver Verhaltensweisen	120
Förderung der genauen Mitteilung von Emotionen und Kompetenzen; Reduzierung der Stimmungsabhängigkeit von Verhalten.	120
Abschließende Bemerkungen	121
Anmerkungen	121

6. Die Strukturierung der Therapie unter Berücksichtigung der Therapieziele: Wer behandelt wann was?

Das Leitthema: Die Erarbeitung dialektischen Verhaltens	122
Die Hierarchie der primären Therapieziele	123
Therapieziele und die Planung der einzelnen Sitzungen	124
Therapieziele und die verschiedenen Therapiebausteine	124
Der Bezugstherapeut und die Verantwortung für das Erreichen von Therapiezielen.....	124
Annäherung an die Therapieziele im Verlauf der Therapie	124
Vorbereitungsphase: Einführung und Einlassen auf die Therapie	125
Erste Phase: Erlernen grundlegender Fertigkeiten	125
Zweite Phase: Reduktion posttraumatischer Belastungsreaktionen	125
Dritte Phase: Stärkung des Selbstvertrauens und Arbeit an individuellen Zielen	127
Prioritäten innerhalb der Kategorien von Therapiezielen	128
Reduzierung suizidalen Verhaltens	129
Reduzierung therapiegefährdender Verhaltensweisen	129
Reduzierung von Verhaltensweisen, die die Lebensqualität einschränken	130
Aufbau von Verhaltensfertigkeiten	131

Reduktion von posttraumatischen Belastungsreaktionen	132
Stärkung der Selbstachtung und das Erreichen individueller Ziele	132
Wie kann ich die Zielhierarchie einsetzen, um die einzelnen Sitzungen zu strukturieren?	132
Widerstand von Patientin oder Therapeut, an den Therapiezielen zu arbeiten	134
Einzeltherapie und Tagebuchkarten	135
Fertigkeitstraining: Hierarchie der Therapieziele	137
Unterstützende Gruppentherapie: Hierarchie der Therapieziele	138
Telefonanrufe: Hierarchie der Therapieziele	139
Telefongespräche mit dem Einzeltherapeuten	139
Telefongespräche mit dem Fertigkeitstrainer und anderen Therapeuten	140
Wer bestimmt die Ziele und den Schwerpunkt der Sitzungen?	141
Modifikation der Zielhierarchien in anderen Settings	141
Verantwortung für die Reduktion suizidalen Verhaltens	142
Verantwortung für andere Therapieziele	142
Zielbestimmung in anderen Therapiebausteinen	142
Streitigkeiten um die Verantwortung für die Therapieziele	143
Abschließende Bemerkungen	144

TEIL III. GRUNDLEGENDE BEHANDLUNGSSTRATEGIEN

7. Dialektische Behandlungsstrategien

Definition der dialektischen Strategien	147
DIE AUSGEWOGENE ANWENDUNG VON BEHANDLUNGSSTRATEGIEN:	
DIALEKTIK IN DER THERAPEUTISCHEN BEZIEHUNG	148
DAS VERMITTELN DIALEKTISCHER VERHALTENSMUSTER	150
EINZELNE DIALEKTISCHE STRATEGIEN	151
1. PARADOXES VORGEHEN	151
2. DER EINSATZ VON METAPHERN	154
3. DIE ADVOCATUS-DIABOLI-TECHNIK	156
4. AUSDEHNEN (EXTENDING)	157
5. AKTIVIERUNG DES „WISSENDENEN ZUSTANDES“ (WISE MIND)	157
6. AUS ZITRONEN LIMONADE MACHEN	159
7. NATÜRLICHE VERÄNDERUNGEN ZULASSEN	159
8. DIALEKTISCHE DIAGNOSTIK	160
Abschließende Bemerkungen	161
Anmerkungen	162

8. Kernstrategien: Teil I. Validierung

Definition von Validierung	164
Warum Validierung?	166
VALDIERUNGSSTRATEGIEN FÜR EMOTIONEN	167

1. Gelegenheiten zum Äußern von Emotionen geben	169
2. Vermitteln der Fertigkeit, Emotionen wahrzunehmen und zu benennen	170
3. Das „Lesen“ oder Deuten von Emotionen	171
4. Das Rückmelden der Validität der Emotionen	173
VALIDIERUNGSSTRATEGIEN FÜR VERHALTEN	174
1. Das Lehren von Verhaltenswahrnehmung und Benennungstechniken	174
2. Das Identifizieren der „Du sollst“	174
3. Das „Du sollst“ außer Kraft setzen	175
4. Das Akzeptieren von „Du sollst“	176
5. Umgehen mit Enttäuschung	177
VALDIERUNGSSTRATEGIEN FÜR KOGNITIONEN	177
1. Das Herausarbeiten und Spiegeln von Gedanken und Annahmen	178
2. Tatsachen von Interpretationen unterscheiden	178
3. Den „wahren Kern“ finden	179
4. „Wissenden Zustand“ (Intuition) anerkennen	179
5. Das Respektieren unterschiedlicher Bewertungen	179
ANSPORNSTRATEGIEN (CHEERLEADING-STRATEGIEN)	179
1. Das Beste annehmen	180
2. Für Ermutigung sorgen	181
3. Sich auf die Fähigkeiten der Patientin konzentrieren	182
4. Externe Kritik widerlegen und abschwächen	183
5. Für Lob und Bestätigung sorgen	183
6. Realistisch sein, aber offen mit Angst vor Unaufrechitigkeit umgehen	184
7. In der Nähe bleiben	184
Abschließende Bemerkungen	184

9. Kernstrategien: Teil II. Problemlösen

Ebenen des Problemlösens	185
Erste Ebene	185
Zweite Ebene	185
Dritte Ebene	185
Stimmung und Problemlösen	186
Überblick über Problemlösestrategien	187
Strategien der Verhaltensanalyse	188
1. Definieren des Problemverhaltens	189
2. Durchführen einer Kettenanalyse	191
3. Das Aufstellen von Hypothesen über Faktoren, die das Verhalten steuern	196
Einsicht(Interpretations-)strategien	196
Was und wie interpretiert man? Leitfaden für Einsicht	197
I. Hervorheben	199
2. Beobachten und Beschreiben sich wiederholender Muster	201
3. Die Zusammenhänge von Verhaltensweisen erläutern	201
4. Die Schwierigkeiten beim Annehmen oder Zurückweisen von Hypothesen untersuchen	201

Didaktische Strategien	202
1. INFORMATIONEN ZUR VERFÜGUNG STELLEN	202
2. LESEMATERIAL ZUR VERFÜGUNG STELLEN	203
3. FAMILIENMITGLIEDERN INFORMATIONEN ZUKOMMEN LASSEN	204
STRATEGIEN DER LÖSUNGSANALYSE	204
I. ZIELE, BEDÜRFNISSE UND WÜNSCHE ERKENNEN	205
2. LÖSUNGEN ERARBEITEN.....	206
3. LÖSUNGEN EVALUIREN	207
4. EINE LÖSUNG ZUR ANWENDUNG AUSWÄHLEN	208
5. DIE LÖSUNG AUF DIE PROBE STELLEN	209
INFORMATIONSSSTRATEGIEN	209
1. EINFÜHRUNG DER ROLLEN	209
2. NEUE ERWARTUNGEN DURCHSPIELEN	210
Verpflichtungsstrategien	210
Ebenen der Verpflichtung	211
Verpflichtung und erneute Verpflichtung	211
Notwendigkeit der Flexibilität.....	212
1. Verpflichtung schmackhaft machen: Pro und Kontra evaluieren	212
2. Die Rolle des Advocatus Diaboli spielen	214
3. „Fuß in der Tür /Tür im Gesicht“-Techniken	214
4. Momentane Verpflichtungen mit früheren Verpflichtungen verknüpfen	214
5. Die Wahlfreiheit und das Fehlen von Alternativen betonen	215
6. Prinzipien der Verhaltensausformung (Shaping) einsetzen	215
7. Hoffnung erzeugen: Anspornen (Cheerleading)	216
8. Einigung auf Hausaufgaben erzielen	216
Abschließende Bemerkungen	216

10. Veränderungsverfahren: Teil I. Kontingenzverfahren (mit Kontingenzen umgehen und Grenzen beachten)

Das Grundprinzip von Kontingenzverfahren	219
Die Unterscheidung zwischen dem Steuern von Kontingenzen und dem Beachten von Grenzen	220
Die therapeutische Beziehung als Kontingenz	220
TECHNIKEN DES KONTINGENZMANAGEMENTS	221
Über Kontingenzmanagement informieren: Ein Überblick	221
I. ZIELRELEVANTES ANGEMESSENES VERHALTEN VERSTÄRKEN	224
2. ZIELRELEVANTES UNANGEMESSENES VERHALTEN LÖSCHEN	225
3. AVERSIVE KONSEQUENZEN EINSETZEN – MIT VORSICHT	228
Die Wirkung der Konsequenzen bestimmen	234
Der Gebrauch natürlicher anstelle willkürlicher Konsequenzen	236
Prinzipien der Verhaltensformung (Shaping)	237
VERFAHREN ZUM BEACHTEN VON GRENZEN	237
Grundprinzip des Beachtens von Grenzen	238
Natürliche im Gegensatz zu willkürlichen Grenzen	239

1. GRENZEN ÜBERWACHEN	240
2. EHRLICH IN BEZUG AUF DIE GRENZEN SEIN	241
3. BEI BEDARF DIE GRENZEN VORÜBERGEHEND AUSDEHNEN	242
4. BEI SEINER HALTUNG BLEIBEN	242
Bereiche, in denen es bei Borderline-Patientinnen schwierig ist, Grenzen zu beachten	243
Abschließende Bemerkungen	244

11. Veränderungstechniken: Teil II Fertigkeitstraining, Exposition, kognitive Umstrukturierung

Techniken des Fertigkeitstrainings	245
Informieren und Einlassen auf das Fertigkeitstraining: Übersicht über die Aufgaben	246
Verfahren zum Aufbau von Fertigkeiten	246
2. Modell vorgeben	249
Vorgehen zum Verstärken von Fertigkeiten	249
2. Verstärkung der neuen Fertigkeiten	250
4. Aufgaben zur Verhaltenserprobung <i>in vivo</i>	254
Expositionstechniken	256
Informieren und Einlassen auf die Exposition: Übersicht über die Aufgaben	257
1. Vermitteln von unverstärkter Exposition	259
2. Blockieren von Handlungstendenzen, die in Zusammenhang mit problematischen	
Gefühlen stehen	265
3. Blockieren von expressiven Tendenzen, die in Zusammenhang mit problematischen	
Gefühlen stehen	266
4. Steigerung der Kontrolle über aversive Ereignisse	266
Strukturierte Expositionstechniken	267
Techniken der kognitiven Umstrukturierung	267
Orientieren an kognitiven Modifikationsstrategien	269
Strategien der Kontingenzklärung	270
Verfahren zur kognitiven Umstrukturierung	272
Abschließende Bemerkungen	276
Anmerkung	277

12. Stilistische Strategien: Ausgewogene Kommunikation

Strategien der gleichberechtigten Kommunikation	278
Macht und Psychotherapie: Wer legt die Regeln fest?	279
1. Reaktionsbereitschaft	280
2. Selbstöffnung	280
3. Warme/Einfühlsame Beteiligung	287
4. Echtheit	291
Die Notwendigkeit der Unverwundbarkeit des Therapeuten	293
Respektlose Kommunikationstechniken	295

Dialektische Strategien und Respektlosigkeit	295
1. „Reframing“ (den Bezugsrahmen verändern) auf unorthodoxe Art und Weise	297
2. Bohren, wo man sonst nur mit Samthandschuhen hinfasst	297
3. Der Einsatz eines konfrontativen Tones	298
4. Den Bluff der Patientin auffliegen lassen	298
5. Oszillieren in der Intensität und der Einsatz von Schweigen	298
6. Ausdruck von Allmacht und Ohnmacht	298
Abschließende Bemerkungen	299
Anmerkungen	299

13. Strategien zum Umgang mit dem sozialen Umfeld: Interaktion mit der Gemeinschaft

STRATEGIEN DER INTERVENTION IM UMFELD	301
Case management und Beachten von Grenzen	302
Bedingungen, die eine Intervention im Umfeld erfordern	302
1. Informationen unabhängig von der Patientin bereitstellen	304
2. Für die Patientin eintreten	305
3. Das Umfeld der Patientin betreten, um ihr beizustehen	305
STRATEGIEN DER BERATUNG DER PATIENTIN	305
Grundprinzip und Wesen der Beratung der Patientin	306
Das „Behandlungsteam“ versus „Alle anderen“	307
1. Die Patientin und ihr Netzwerk über die Vorgehensweise informieren	309
Argumente gegen den Beraubungsansatz	316
STRATEGIEN DER SUPERVISION/BERATUNG DES THERAPEUTEN	318
Der Bedarf an Supervision/Beratung	319
1. SICH TREFFEN, UM ÜBER DIE BEHANDLUNG ZU BERATEN	320
2. IN DER SUPERVISION/BERATUNG GETROFFENE VEREINBARUNGEN EINHALTEN ...	323
3. ANSPORNNEN	323
4. FÜR EIN DIALEKTISCHES GLEICHGEWICHT SORGEN	324
Probleme der Teamspaltung lösen	324
Mit unethischem oder schädigendem Therapeutenverhalten umgehen	326
Informationen vertraulich behandeln	326
ABSCHLIEßENDE BEMERKUNGEN	327
Anmerkungen	327

TEIL IV. STRATEGIEN FÜR SPEZIFISCHE PROBLEME

14. Strukturelle Strategien

Vertragsstrategien	329
1. Durchführung der Diagnostik	330
2. Darstellung der biosozialen Theorie der Borderline-Störung	330

3. Aufklärung der Patientin über die Behandlung	333
4. Aufklärung des Umfeldes über die Behandlung	334
5. Übersicht über die therapeutischen Verpflichtungen und Grenzen	334
6. Einlassen auf die Therapie	335
7. Durchführen einer Analyse der wichtigsten Therapieziele	336
8. Aufbau der therapeutischen Beziehung	336
Schwierigkeiten im „echten Leben“	336
Strategien zur Eröffnung der Sitzungen	337
1. Begrüßung der Patientin	338
2. Den aktuellen emotionalen Zustand der Patientin erkennen	338
3. Arbeit an der therapeutischen Beziehung	338
Zielstrategien	339
1. Fortschritte in den Therapiezielen seit der letzten Sitzung besprechen	340
2. Die Zielprioritäten nutzen, um die Sitzung zu strukturieren	341
3. Beachtung der Therapiephasen	341
4. Fortschritte in den anderen Therapiebausteinen besprechen	342
Strategien zum Beenden der Sitzung	342
1. Genügend Zeit für das Abschließen	343
2. Einigung auf die Hausaufgaben für die nächste Woche	343
3. Zusammenfassen der Sitzung	343
4. Der Patientin eine Tonbandaufnahme der Sitzung mitgeben	343
5. Anspornen	343
6. Die Patientin beruhigen und bestätigen	343
7. Vorgewahrung von Schwierigkeiten	344
8. Entwicklung von Abschlussritualen	344
Strategien beim Abschluss der Therapie	344
1. Die Diskussion über den Abschluss der Therapie beginnen: Sitzungen ausschleichen lassen	345
2. Generalisierung der Fähigkeit, sich auf andere Menschen zu verlassen, auf das soziale Umfeld ..	345
3. Das Ende aktiv planen	346
4. Überweisung der Patientin	346
Abschließende Bemerkungen	347

15. Spezielle Behandlungsstrategien

Krisenstrategien	348
1. Aufmerksamkeit auf den emotionalen Zustand richten, nicht auf den Inhalt	348
2. Das aktuelle Problem explorieren	349
3. Konzentration auf Problemlösung	350
4. Konzentration auf Affekttoleranz	352
5. Das Einverständnis für ein bestimmtes Vorgehen erlangen	352
6. Das Suizidrisiko einschätzen	352
7. Ein Wiederauftreten des Krisenverhaltens antizipieren	352
Strategien zum Umgang mit suizidalem Verhalten	353
Die therapeutische Aufgabe	353

Zurückliegendes suizidales Verhalten: Vorgehensweise für den Bezugstherapeuten	353
Unmittelbare Suizid- oder Parasuiziddrohungen: Vorgehen für den Bezugstherapeuten	359
Akutes parasuizidales Verhalten: Vorgehen für den Bezugstherapeuten	369
Suizidales Verhalten: Vorgehen für die zugeordneten Therapeuten	371
Prinzipien des Risikomanagements bei suizidalen Patientinnen	372
Strategien zum Umgang mit therapiegefährdendem Verhalten	373
1. Das störende Verhalten definieren	374
2. Eine Kettenanalyse (chain analysis) des Verhaltens durchführen	374
3. Erstellen eines Problemlöseplans	375
4. Reaktion auf eine Patientin, die sich weigert, störendes Verhalten zu verändern	375
Telefonstrategien	375
1. Die von der Patientin initiierten Anrufe unter bestimmten Bedingungen akzeptieren	377
2. Termine für patienten-initiierte Telefonanrufe vereinbaren	379
3. Telefonanrufe von Therapeutenseite aus initiieren	379
4. Während der Sitzung Rückmeldung über das Verhalten bez. des Telefonanrufes geben	379
Verfügbarkeit des Therapeuten und Umgang mit Suizidrisiko	380
Strategien in Bezug auf Zusatzbehandlung	380
1. Zusatzbehandlung empfehlen, wenn nötig	380
2. Der Patientin Beratung von außen empfehlen	383
Vorgehen bezüglich Medikation	383
Vorgehen bezüglich Krankenhauseinweisungen	385
Beziehungsstrategien	388
1. Beziehungsakzeptanz	389
2. Problemlösen in der Beziehung	390
3. Generalisierung der Beziehung	391
Abschließende Bemerkungen	392
Anmerkungen	392
Anhang 15.1 Skalierung zur Einschätzung der Lebensgefährdung	393
Literatur	397
Stichwortverzeichnis	413
Autorenverzeichnis	420