

Linehan, Marsha
Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-
Persönlichkeitsstörung
1996 422 Seiten - 25 x 21 cm

[Autor](#)
[Vorwort](#)
[Inhaltsverzeichnis](#)

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:	32
Eine dialektische Theorie der Entwicklung der Borderline-Persönlichkeitsstörung.	
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 Selbst-Invalidierung.	51
Aktive Passivität versus scheinbare Kompetenz.	58
Andauernder Krisenzustand versus unterdrückte Trauer.	64
Anschließende 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 Kern-Strategien: 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 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
Unbeirrbar Zentriertheit versus mitfühlende Flexibilität.	81
Stützende versus wohlwollend fordernde 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;.	119
Reduzierung der emotionalen Überempfindlichkeit.	119
Stärkung der Selbst- Validierung; Abbau von Selbst-Invalidierung.	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 Therapie-Bausteine.	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 Ziel-Hierarchie einsetzen, um die einzelnen Sitzungen zu strukturieren?	132
Widerstand von Patientin oder Therapeut, an den Therapiezielen zu arbeiten.	134
Einzeltherapie und Tagebuch-Karten.	135
Fertigkeitstraining: Hierarchie der Therapieziele.	137
Unterstützende Gruppen-Therapie: 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 Ziel-Hierarchien 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
VALIDIERUNGSSTRATEGIEN 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
VALIDIERUNGSSTRATEGIEN 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
ANSPORN-STRATEGIEN ("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 Unaufrichtigkeit 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
1. 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
1. 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
INFORMATIONSTRATEGIEN.	209
1. EINFÜHRUNG DER ROLLEN.	209
2. NEUE ERWARTUNGEN DURCHSPIELEN.	210
Verpflichtungsstrategien.	210
Ebenen der Verpflichtung.	211
Verpflichtung und erneute Verpflichtung.	211
Notwendigkeit zur 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 Verhaltensaushaltung ("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 Kontingenz-Verfahren.	219
Die Unterscheidung zwischen dem Steuern von Kontingenzen und dem Beachten von Grenzen.	220
Die therapeutische Beziehung als Kontingenz.	220
TECHNIKEN DES KONTINGENZ-MANAGEMENTS.	221
Über Kontingenz-Management informieren: Ein Überblick.	221
1. 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. Veränderungs-Techniken: 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 in vivo.	254
Expositions-Techniken.	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 Expositions-Techniken.	267
Techniken der kognitiven Umstrukturierung.	267
Orientieren auf kognitive 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 Kommunikations-Techniken.	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 hinfäßt.	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
Abschlußbemerkungen.	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 "Behandlungs-Team" versus "Alle anderen".	307
1. Die Patientin und ihr Netzwerk über die Vorgehensweise informieren.	309
Argumente gegen den Beraungsansatz.	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. ANSPORNEN.	323
4. FÜR EIN DIALEKTISCHES GLEICHGEWICHT SORGEN.	324
Probleme der Teamsplaltung 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

Vertrags-Strategien.	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. 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 Ziel-Prioritäten 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.	Vorgewnahme von Schwierigkeiten.	344
8.	Entwicklung von Abschluß-Ritualen.	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 Problemlöse-Plans.	375
4. Reaktion auf eine Patientin, die sich weigert, störendes Verhalten zu verändern.	375
Telefon-Strategien.	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 Zusatz-Behandlung.	380
1. Zusatz-Behandlung empfehlen, wenn nötig.	380
2. Der Patientin Beratung von außen empfehlen.	383
Vorgehen bezüglich Medikation.	383
Vorgehen bezüglich Krankenhauseinweisungen.	385
Beziehungs-Strategien.	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