

Thorsten Kienast und Felix BERPPOHL

## Dialektisch-Behaviorale Therapie bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und komorbider Abhängigkeitserkrankung

Dialectical Behavior Therapy in patients with Borderline Personality Disorder and co-morbid substance addiction

Die psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und komorbider Abhängigkeitserkrankung ist komplex. Lediglich für zwei Verfahren gibt es aktuell Wirksamkeitsnachweise auf ausreichend hohem Evidenzniveau. Diese Verfahren sind die für Persönlichkeitsstörungen unspezifische Dual-Fokus-Schematherapie (DFST) und die speziell für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und Sucht entwickelte Dialektisch-Behaviorale Therapie Sucht (DBT-S). Dieser Artikel stellt das Verfahren DBT-S vor. DBT-S folgt der klassischen DBT, ist jedoch um wichtige Aspekte wie die dialektische Abstinenz, Attachmentstrategien, spezielle Suchtskills und um wirksame Therapien der Suchtbehandlung einschließlich der Teilnahme an Selbsthilfegruppen und dem Besuch von Suchtberatungsstellen erweitert. Diese entscheidenden Ergänzungen sind in diesem Artikel erläutert.

Schlüsselwörter

Borderline-Persönlichkeitsstörung – Suchterkrankung – Psychotherapie – Dialektisch-Behaviorale Therapie

*Psychotherapy of borderline patients with co-morbid substance addiction or abuse is complex. To date, effectiveness on an evidence level of randomized controlled studies is only stated for Dual Focus Schema Therapy (DFST) as a non specific treatment for subtypes of personality disorders and Dialectical Behavior Therapy for substance use disorders (DBT-S) as a highly specific treatment for Borderline Personality disorder. This article gives a comprehensive introduction to DBT-S. DBT-S complies with DBT but also integrates effective strategies for the therapy of substance use disorders such as dialectical abstinence, attachment strategies, specific skills to cope with substance use disorder as well as effective therapeutic interventions for the treatment of substance addiction including the attendance of self-help groups and counselling. This article outlines the defining principles of DBT-S.*

Keywords

Borderline Personality Disorder – substance addiction – psychotherapy – Dialectical Behavior Therapy

## Einleitung

Menschen mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung kommen oft erst nach langer Zeit des Leidens oder im Rahmen ausgeprägter emotionaler Krisen in therapeutische Behandlung. Gründe für die Vorstellung beim Therapeuten sind sowohl ihre als äußerst belastend empfundenen Emotionen, ihre starken inneren Anspannungszustände und vor allem aber auch ihre eigens zur Emotionsregulation und Spannungsentlastung entwickelten dysfunktionalen Strategien, mit denen sie gelernt haben, Gefühle und innere Anspannung ertragen zu können. Abhängigkeitserzeugende Substanzen können Intensität und Qualität von Emotionen und innerer Anspannung verändern. Analog zu der Einnahme von Medikamenten bieten Suchtstoffe eine schnell wirksame Möglichkeit, die Lebensqualität kurzfristig zu verändern, sie bergen aber die Gefahr einer Abhängigkeitsentwicklung in sich. Biologisch betrachtet, sind die Wirkungen von Suchtstoffen und die Entwicklung einer Suchterkrankung voneinander völlig getrennt zu sehen, so dass hier von einer klassischen „Nebenwirkung“ die Rede sein könnte (siehe auch: <http://www.dhs.de/web/suchtstoffe>; Kienast & Heinz, 2012). Die Konstellation zwischen dem dysfunktionalen Versuch, Emotionen und Anspannung mit Suchtstoffen zu regulieren, und der gleichzeitig in der Therapie angestrebten Abstinenz führt fast regelmäßig zu Regelbrüchen und Belastungen der therapeutischen Beziehung (Nace, Davis & Gaspari, 1991; Ball, 2007; Dimeff & Linehan, 2008). Der klinische Eindruck, dass die Behandlungserfolge psychotherapeutischer Interventionen bei diesen Patienten deutlich geringer ausgeprägt sind, wird durch wissenschaftliche Untersuchungen gestützt (zB. Nace et al., 1991). Evaluationsstudien, die eine Wirksamkeit von Methoden für die Behandlung dieser Patienten beschreiben, beschränken sich ausschließlich auf den Bereich von stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen (z. B. Verheul, 2001; Ball, 2007; Kienast & Förster, 2008).

### **Persönlichkeitsstörung und Sucht**

Das zeitgleiche Vorliegen von Persönlichkeitsstörung (PS) und Abhängigkeitserkrankung bei Patienten ist häufig anzutreffen. Etwa 60 % aller Konsumenten abhängigkeitserzeugender Substanzen erfüllen zusätzlich die Kriterien mindestens einer Persönlichkeitsstörung (Rounsaville et al., 1998). Am häufigsten betrifft dies mit 46 % die Gruppe von Patienten mit komorbider Cluster-B-Persönlichkeitsstörung, also der Gruppe von PS mit einem hohen Anteil an impulsivem Verhalten. Abgestuft findet sich bei 27 % der Konsumenten die Diagnose einer antisozialen Persönlichkeitsstörung (ASP), bei 18 % aller Süchtigen die einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS). Komorbiditäten aus dem Cluster C, also Persönlichkeitsstörungen mit ängstlichem Profil, sind mit etwa 24 % nur geringfügig häufiger als solche aus dem Cluster A (Persönlichkeitsstile mit der Bezeichnung „sonderbar bis exzentrisch“ mit 19 %; Rounsaville et al., 1998). Aus Sicht der Hauptdiagnose „Persönlichkeitsstörungen“ liegt nicht selten bei Patienten mit BPS (Odds Ratio (OR) = 7,9) bei ASP (OR = 7,2), bei Cluster C PS (OR = 2,0) und bei Cluster A (OR = 1,8) eine komorbide Abhängigkeitserkrankung vor (Lenzenweger, Lane, Loranger & Kessler, 2007).

### **Borderline-Persönlichkeitsstörung und Sucht**

Patienten mit einer BPS neigen dazu, abhängigkeitserzeugende Substanzen zu konsumieren. Die Prävalenz liegt hier bei 26-84 % aller Patienten, die aufgrund einer BPS in Behandlung sind. Bei ihnen sind auch die Kriterien für Substanzmissbrauch oder

-abhängigkeit erfüllt. Umgekehrt liegt die Prävalenz von BPS bei den in Behandlung befindlichen Substanzabhängigen je nach Untersuchung bei etwa 5- 65 % (Trull et al., 2000; Verheul, 2001; Linehan et al., 2006; Lenzenweger et al., 2007). Diese hohe Varianz der Prävalenzen lässt auf recht heterogene Untersuchungsmethoden schließen.

Psychotherapeutisch sind verschiedene Ansätze entwickelt worden, mit denen diese Patientengruppen behandelt werden. Alle wirksam evaluierte Methoden haben gemeinsam, dass sie ein zeitgleiches und kontinuierliches Training von Strategien zur Emotionsregulation und Abstinenzhaltung vermitteln (Linehan, 1993; Fromme, Marlatt, Baer & Kivlahan, 1994; Bateman & Fonagy, 2008). Beide Kategorien zielen in ihrem Kern auf die Überwindung aversiver emotionaler Zustände und dem Widerstehen starker Handlungsimpulse ab (Linehan, 1993; Fromme et al., 1994; Bateman & Fonagy, 2008, zur Übersicht siehe Kienast & Förster, 2008).

Die biologischen Hintergründe für die Wirksamkeit solcher therapeutischen Konzepte sind noch nicht verstanden. Sinnvolle pharmakotherapeutische Ansätze zur Ursachen-therapie für beide Erkrankungen gibt es derzeit nicht. Pharmazeutische Behandlungsversuche sowohl der Borderline-Störung als auch der Abhängigkeitserkrankung richten sich derzeit nach der bestehenden Symptomatik, und Hinweise auf die Wirksamkeit finden sich lediglich auf geringem Evidenzniveau (Herpertz, 2011; Kienast & Heinz, 2012). Die klinische Erfahrung zeigt, dass die Patienten leider oft noch polypharmazeutisch behandelt werden. Ein solcher Ansatz spricht jedoch mehr für mangelnde Fertigkeiten der Betroffenen zur Bewältigung ihrer oftmals sehr stark ausgeprägten Symptomatik, für mangelndes Selbstvertrauen in die eigenen Fertigkeiten zur Bewältigung ihrer Problematik sowie für ein möglicherweise ebenfalls ratloses medizinisches und soziales Umfeld. Die pharmakotherapeutische Behandlung der Abhängigkeitserkrankung, bestehend aus der Gabe von rückfallprophylaktisch wirksamen Medikamenten und dem Einsatz von Substitution, sollten jedoch bei bestehender Indikation unbedingt berücksichtigt werden. Hier gibt es ein gutes therapeutisches Fenster, über das die Prognose der Patienten deutlich verbessert werden kann (Kiefer & Koopmann, 2011; Scherbaum & Gastpar, 2012).

### **Psychotherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung und Sucht**

Betrachtet man psychotherapeutische Verfahren, so gibt es bisher lediglich zwei Psychotherapieverfahren mit einem Wirksamkeitsnachweis auf dem Evidenzniveau 1, für die also ein Vorteil für die komorbiden Patienten auf ausreichend hohem wissenschaftlichem Niveau nachgewiesen werden konnte. Zum einen ist dies die Dual-Fokus-Schematherapie nach Samuel Ball, deren Wirksamkeit bei Patienten mit verschiedenen PS plus einer komorbiden Abhängigkeitserkrankung untersucht wurde (Ball, 1998), und zum anderen die Dialektisch-Behaviorale Therapie für Substanzabhängige nach Linehan (im Folgenden DBT-S genannt), deren Wirksamkeit für die Behandlung von Patienten mit einer BPS und komorbider Sucht untersucht wurde (Linehan et al., 1999; Linehan et al., 2002; Linehan et al., 2006). Beide Verfahren wurden als wirksam eingestuft. In beiden Verfahren wird zeitgleich die Symptomatik der Persönlichkeitsstörung und die der Abhängigkeitserkrankung behandelt. Während die DBT-S speziell für abhängige Patienten mit einer Borderline-Störung und einer Sucht entwickelt und evaluiert wurde, werden in der DFST-Verhaltensschemata über alle Persönlichkeitsstörungen hinweg analysiert und behandelt. Aus diesem Grund versteht sich die DFST als eine übergreifende Methodik für die Behandlung von Achse-II-Diagnosen. Für die Mentalisierungs-basierte Therapie

(MBT), die als tiefenpsychologisches Verfahren für die Behandlung von Patienten mit einer BPS entwickelt worden ist, findet derzeit eine Untersuchung für eine mögliche Wirksamkeit bei dieser Komorbidität statt (Kienast & Förster, 2008).

Um eine psychotherapeutische Behandlung bei komorbid bestehender Abhängigkeitserkrankung und PS erfolgreich durchführen zu können, sind sowohl aufseiten des Behandlerteams als auch aufseiten des Patienten besondere Fertigkeiten erforderlich (van den Bosch & Verheul, 2007). So führen Störungen der Abstinenzmotivation mit gelegentlich ausgeprägtem Suchtmittelverlangen und die Aktivierung persönlichkeitspezifischer dysfunktionaler Verhaltensschemata häufig zu wiederholtem Suchtmittelkonsum und gefährden den weiteren Verlauf der Behandlung. Vorzeitige Entlassungen aufgrund von Regelbrüchen, Unpünktlichkeit, Konsumrückfällen oder wegen eigen- oder fremdgefährdender Verhaltensweisen sind eher die Regel als die Ausnahme (van den Bosch & Verheul, 2007). Viele Therapeuten lehnen die Behandlung dieser Patienten daher sogar ganz ab. Um dieses Dilemma zu erklären, müssen mindestens zwei Gründe herangezogen werden: Therapeuten, die sich für den Bereich PS interessieren, wenden sich nicht selten vom Bereich der Suchttherapie ab und umgekehrt. Behandler, die beide Bereiche zu ihren Kerngebieten machen, sind bisher noch selten. Nicht selten ist in Einrichtungen der „traditionellen“ Suchttherapie eine straffe medizinische Organisation und undialektische Härte der Behandlungsteams zu sehen. Psychotherapeuten, die sich für die Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen interessieren, finden hier oft nur eine begrenzte Schnittmenge zu ihrem Methodenfeld. Der zweite Grund ist die therapeutische Ratlosigkeit in Hinblick auf eine effiziente Behandlung. Meistens erzwingt die hohe Komorbiditätsrate der Patienten eine Mitbehandlung der jeweils anderen Störung, ohne dass dafür eine ausreichende Therapieroutine vorhanden ist.

## Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung

Die Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung wird nach den Kriterien der ICD-10 gestellt. Von 6 gegebenen Kriterien müssen 3 innerhalb eines Zeitraumes von 12 Monaten erfüllt gewesen sein, damit die Diagnose einer Suchterkrankung gestellt werden darf. Dieses präzise Vorgehen ist sehr wichtig, denn ist diese Diagnose erst einmal gestellt, begleitet sie nach den heutigen Kriterien den Patienten sein Leben lang. Das trifft auch dann zu, wenn die Suchtmittel schon seit vielen Jahren nicht mehr eingenommen worden sind. Die Experten tragen damit einem Phänomen Rechnung, das wir heute als Suchtgedächtnis bezeichnen. Die Kriterien der Abhängigkeitserkrankung nach ICD-10 sind (Dilling et al., 2004):

- Es besteht ein starker Wunsch oder Zwang, den Suchtstoff zu konsumieren.
- Es besteht eine verminderte Kontrollfähigkeit über den Suchtmittelkonsum.
- Nach Beendigung oder Reduktion des Konsums tritt ein suchtmittelspezifisches körperliches Entzugssyndrom auf, oder aber der Betroffene konsumiert Suchtmittel, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
- Nachweis einer Toleranzbildung. Zeichen sind hier Verlust der Wirkung oder die Steigerung der Konsummenge mit dem Ziel, einen vergleichbaren Wirkungseffekt zu erreichen.
- Vernachlässigung anderer Vergnügen/Aktivitäten zugunsten des Suchtmittelkonsums oder um sich von dessen Folgen zu erholen.
- Der Betroffene setzt den Konsum trotz des Nachweises und Wissens um eindeutig schädliche Folgen fort.

Davon abzugrenzen ist der sogenannte schädliche Konsum: Ein schädlicher Konsum ist definiert über das Fehlen einer ausreichenden Anzahl von ICD-10-Kriterien für die Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung, aber dem Nachweis körperlicher oder sozialer Schädigungen. Hierunter fällt auch das Überschreiten sozialer Normen und Gesetze (Dilling et al., 2004).

## DBT-S und DBT

Kurz gesagt: „DBT-S ist DBT“. Das bedeutet, wer DBT verstanden hat, hat auch die Grundzüge der DBT-S verstanden. Es kommt jedoch etwas hinzu: Entscheidend für das „S“ bei DBT-S ist zum einen die zur Behandlung der Borderline-Störung gleichzeitige Behandlung von Suchterkrankungen, zum anderen ist weiterhin ein tieferes Verständnis für das Denken, Handeln und Fühlen von Menschen, die an einer Abhängigkeitserkrankung leiden, notwendig. DBT-S nimmt die Perspektive von Borderline-Patienten und die von Patienten, die an einer Abhängigkeitserkrankung leiden, ein. Diese umfassende Perspektive bereitet dann mit Hilfe der kontinuierlichen Anwendung der acht DBT-Grundannahmen sowie der sechs Validierungsstrategien den Weg für das effektive Erlernen und Einsetzen der Skills. Weiterhin kommen hinzu (McMain, Sayrs, Dimeff & Linehan, 2007):

- eine dialektische Philosophie bei der Betrachtung des Abhängigkeitsphänomens und Erarbeitung von Lösungsstrategien zur Konsumreduktion oder Abstinenzhaltung (siehe unten: Dialektische Abstinenz);
- eine spezifische Anordnung der Therapieziele unter Berücksichtigung der einzelnen Therapiephasen (siehe unten);
- andere spezielle Behandlungsstrategien und Suchtskills (siehe unten).

Die Grundlage für die Behandlung liegt nicht in der Anwendung der oben genannten Strategien, sondern im Commitment des Patienten, beide Störungsbilder zeitgleich behandeln zu wollen. Die Kunst des Therapeuten liegt dann vor allem neben der Umsetzung der DBT-Grundannahmen und Validierungsstrategien in der individuellen Gestaltung von Attachmentstrategien, der Anwendung und Vermittlung des Clear-Mind-Konzeptes (siehe unten) und der dialektischen Abstinenz (siehe unten) sowie dem Einsatz von Medikamenten zur Rückfallprophylaxe und Substitution.

DBT-S ist Standard-DBT und schließt daher im Kern die verschiedenen bekannten Therapiemodi ein: 1. Einzeltherapie (prozessbezogen, therapiekoordinierend), 2. Fertigkeitentraining, 3. edukative Gruppentherapien, 4. Gruppen mit Selbsthilfegruppencharakter/Selbsthilfegruppen, 5. Besuch externer, im Idealfall wohnortnaher Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen, 6. Telefoncoaching und 7. Therapeutenpflege: Burn-out-Prophylaxe und Supervision. Der Einzeltherapeut ist im Idealfall nicht gleichzeitig der Skillstrainer. Mit dieser Rollenaufteilung wird die Wahrscheinlichkeit von Prozessen innerhalb der Skillsgruppen vermindert.

Dimeff und Linehan (2008) beschreiben fünf übergeordnete Behandlungsziele für die DBT:

- Förderung der Therapiemotivation
- Vermittlung der Anwendung von Fertigkeiten (Skills)
- Trainieren und Automatisieren neu gelernter Verhaltensweisen
- Veränderung von Alltagsritualen und Umfeld des Betroffenen
- Erhaltung der Motivation des Therapeuten und die Vermeidung von Burn-out

Für das „S“ der DBT beschreiben Dimeff und Linehan (2008) folgende Ziele für den Patienten:

- Stärkung des Commitments zur Abstinenz und Therapie
- Erarbeiten eines persönlichen Methodenkoffers zur Reduktion der Konsummengen und -frequenz
- Verminderung von konsum-/abstinenzbedingten Beeinträchtigungen der Lebensqualität
- Reduktion von Verlangen und Verminderung des Rückfallrisikos

## DBT-S auf dem Prüfstand

DBT wurde für die Behandlung von Patienten mit rezidivierender akuter und chronischer Suizidalität entwickelt. Die spezifische Ergänzung der DBT-Sucht wurde für Borderline-Patienten mit Substanzabhängigkeit entwickelt und die Wirksamkeit bisher nur für Frauen mit einer Opiatabhängigkeit oder Polytoxikomanie evaluiert (Linehan et al., 1999, 2002; McMain et al., 2007). Weitere Untersuchungsergebnisse, vor allem bei Männern, stehen noch aus. Studien, die eine Wirksamkeit der DBT-S bei Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung ohne komorbide Borderline-Persönlichkeitsstörung untersucht haben, stehen ebenfalls noch aus. Da die DBT-S jedoch über ihre Validierungsstrategien, Grundannahmen und ihre Strukturiertheit auf eine Ressourcenaktivierung hinwirkt und die Anwendung evaluierter Suchttherapien einschließt, kann die Hypothese gestellt werden, dass auch andere Subpopulationen Abhängigkeitserkrankter von ihrem Einsatz profitieren können. Weil die DBT für Patienten mit Störungen der Emotionsregulation entwickelt wurde, könnte genau dieses Symptom ein Prädiktor für die Wirksamkeit der Therapiemethode bei Substanzabhängigen sein.

## Dialektische Abstinenz in der DBT-S

Ein entscheidender Grundsatz der DBT-S lautet, dass erst mit der Abstinenz von abhängigkeits erzeugenden Drogen eine optimale Ausgangslage für ein zufriedenstellendes Leben geschaffen werden kann. Aus diesem Grund ist die Abstinenz ein vorrangiges Ziel der Behandlung nach DBT-S. Das Dilemma entsteht dann, wenn:

- a) in der Therapie Abstinenz als einzig mögliches Umgangsziel mit dem Suchtstoff angestrebt wird, da die Patienten dann auf den Fall möglicher Konsumereignisse in der Zukunft nicht ausreichend vorbereitet sind und die Spirale in den Rückfall angestoßen wird („Abstinence Violation Effekt, AVE“ oder „Rückfallschock“; Lindenmeyer, 2001).
- b) Konsumenten unter dem Einfluss von Drogen eine deutlich veränderte Wahrnehmung und Einstellung sich selbst und Elementen ihrer Umwelt gegenüber besitzen im Vergleich zum nüchternen Zustand. Diese Perspektivänderung nach erfolgter Entgiftung ist ein Grund für die hohe Therapieabbruchrate.
- c) bei Patienten eine unrealistisch hohe Selbstwirksamkeitserwartung besteht. Klinisch macht sich dies mitunter durch eine hartnäckige Fehleinschätzung der Betroffenen ihrer eigenen Fähigkeiten zur Abstinenzhaltung bemerkbar. So kann vor allem in der frühen Abstinenz der Gedanke dominieren, dass allein der eigene Wille ausreicht, um den neu erreichten Konsumverzicht auch ohne weitere therapeutische Hilfe auf-

rechterhalten zu können. Diese Ansicht wird von einem Teil der Patienten trotz einer Vielzahl gescheiterter Versuche in der Vergangenheit nicht aufgegeben.

Die besondere Aufgabe des Therapeuten liegt nun darin, auf den Rückfallschock, die Perspektivänderung und die Fehleinschätzungen wertschätzend zu reagieren, die Therapie vorausschauend zu gestalten und dem Patienten die Fertigkeiten zu vermitteln, diesen Situationen zukünftig besser auszuweichen oder so schadensbegrenzend wie möglich bewältigen zu können. Während die absolute Abstinenz ein ultimatives Ziel der DBT-S ist, scheint dies für einige Patienten unerreichbar. Die Anwendung des Prinzips der **dialektischen Abstinenz** fordert von Therapeuten und Patienten die permanente Arbeit, um einen Ausgleich zwischen den konkurrierenden Polen der Abstinenzeinhaltung und der Tatsache zu schaffen, dass Konsumereignisse ein zentrales Charakteristikum der Erkrankung sind und jederzeit auftreten können. Im Rahmen der **dialektischen Abstinenz** erlernen die Patienten:

- die oben genannten Ereignisse zu antizipieren und hierfür bereits während der Therapie Lösungen für die Zukunft zu erarbeiten (Skill „Kluger Kopf“);
- ein Commitment „auf Zeit“ für eine 100 %ige Abstinenz einzugehen und den Zeitraum so zu wählen, dass eine Umsetzbarkeit realistisch ist (die Tür für einen erneuten Konsum für einen bestimmten Zeitraum zu verschließen). Aufeinanderfolgende, befristete Abstinenzphasen werden wie Perlen einer Perlenkette aneinandergereiht;
- den Skill „Erfolgreich scheitern“, der auf den möglichen Fall eines erneuten Konsums vorbereiten soll. Der Patient soll mit diesem Skill auf den Konsumfall vorbereitet werden, um dann möglichst wenig schädliches Verhalten zu produzieren;
- das bewusste Verleugnen von Gelegenheiten und Verlangen nach dem Suchtstoff (Skill „Aktives Verleugnen“). Die Fertigkeit „Radikale Akzeptanz“ hilft, die sich anschließenden Schwierigkeiten zu überstehen;
- sich zu erlauben, dass nach Ablauf der angestrebten Abstinenzphase oder aber im Endstadium der Erkrankung erneut konsumiert werden kann;
- präventiv zu handeln, Gefahren zu erkennen und Versuchungen aktiv entgegenzutreten;
- Brücken zum Konsum niederzureißen, so dass die Schwelle für die erneute Beschaffung der Substanz erhöht wird;
- Fertigkeiten, das Umfeld zugunsten der Förderung abstinenter Verhaltens zu verändern;
- und andere Fertigkeiten.

Literaturreferenzen: McMain et al., 2007; Kienast, im Druck.

## Therapieziele in der DBT-S

Die Hierarchisierung der Therapieziele in der DBT und der DBT-S ist identisch. Direkte oder indirekte Problematiken, bedingt durch den Substanzkonsum, werden in diese Hierarchie integriert und in Zusammenhang mit den unterschiedlichen Behandlungsphasen gebracht. Um eine Orientierung zu geben, soll an dieser Stelle der DBT-S definierende Leitfaden vorgestellt werden (Literaturreferenz für den folgenden Abschnitt: McMain et al., 2007).

### **DBT-S Besonderheiten: Therapieziele in Phase der Vorbereitung**

In der klassischen DBT befindet sich der Patient formell so lange in der Phase der Vorbereitung bis er 1. sein Commitment dazu gibt, alle jene Verhaltensweisen aufzugeben, die sein Leben gefährden, und 2. er sich vornimmt, all seine Kräfte zu mobilisieren, um die Therapie erfolgreich umzusetzen. Dieser Grundsatz gilt auch für die DBT-S. Die Frage ist jedoch immer wieder, ob für den Eintritt in die Therapie auch ein Commitment zu einer absoluten Abstinenz gegeben sein muss. DBT-S beantwortet diese Frage damit, dass das Ziel zwar das Erreichen der absoluten Abstinenz ist, die Patienten sich jedoch auch schrittweise an dieses Commitment herantasten können. Verlangen Therapeuten Abstinenz als Eingangsbedingung für eine Therapie, passiert es regelmäßig, dass Patienten vor der Behandlung zurückschrecken. Einige Betroffene haben zum Zeitpunkt der Bewerbung auf einen Therapieplatz keine ausreichenden Fertigkeiten, um die fehlende Wirkung der Substanzen zu kompensieren, kennen aber die Probleme, die bei Abstinenz auftreten werden, und trauen sich deswegen keine komplette Abstinenz zu. Ebenso sollten Therapeuten bei Patienten mit einer Mehrfachabhängigkeit auch deren möglichen Entschluss würdigen, zunächst von einer Substanz und zu einem späteren Zeitpunkt von einer weiteren Substanz Konsumfreiheit zu erhalten. Oft stellt die absolute Konsumfreiheit die Betroffenen vor große Probleme. In dieser Phase fokussiert der Therapeut auf die Werte und Ziele des Patienten, die „Wise Mind“-Inhalte seines Denkens und Handelns, die beim Erreichen einer Abstinenz große Unterstützung sein können. Die DBT-S heißt Drogenkonsum zu keinem Zeitpunkt gut. Sie akzeptiert jedoch bei jenen Konsumenten, die sich durch den Konsum regelmäßig einen Substanzspiegel im Blut erhalten möchten, um „funktionieren zu können“, ohne dabei im Rausch zu sein, dass diese unter den gegebenen Umständen so den aktuell leistungsfähigsten geistigen Zustand eingenommen haben, der es ihnen am ehesten erlaubt, tragfähige Entscheidungen zu fällen oder neue Fertigkeiten zu erlernen, die auf die Abstinenz dysfunktionaler Verhaltensweisen vorbereiten.

Gibt der Patient sein Commitment, wird die Tragfähigkeit des Entschlusses noch in derselben Sitzung vom Therapeuten mit Hilfe der Technik des *Advocatus Diaboli* geprüft. Hat der Patient den Konsum der Substanzen schließlich eingestellt (auch für kürzeste Zeit), verschiebt sich die therapeutische Strategie von der Anwendung der Commitmentstrategien sofort auf das Erlernen von Problemlösestrategien mit dem Ziel, einem erneuten Konsum vorzubeugen.

In jedem therapeutischen Gespräch werden sogenannte Attachmentstrategien angewendet. Attachmentstrategien erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass der Patient in der Therapie bleibt und nicht vorzeitig abspringt. So sollte beispielsweise in der ersten Therapiestunde besprochen werden, welche Maßnahmen das erneute Erscheinen in der zweiten Stunde wahrscheinlicher machen können.

### **Memo DBT-S Besonderheiten: Therapieziele in Phase der Vorbereitung**

Ziele:

- a) Commitment zur Abstinenz und darauf folgend
- b) lösungsorientiertes Arbeiten

Ablauf:

1. Commitmentstrategien zum Abstinenzentschluss anwenden
2. *Advocatus Diaboli* zur Prüfung der Stabilität des Abstinenzentschlusses anwenden
3. Lösungsorientiertes Arbeiten zur Rückfallprophylaxe in den Vordergrund stellen



### Grundprinzipien:

- Grundannahmen und Validierungsstrategien der DBT anwenden
- Intensives Anwenden von Attachmentsstrategien reduziert Therapieabbruchrate
- Drogenfreiheit/Abstinenz ist kein Eingangskriterium für den Beginn einer DBT-S
- Lernen von Copingstrategien bereits vor Abstinenz erhöht die Erfolgsrate einer absoluten Abstinenz

### **DBT-S Besonderheiten: Therapieziele in Stage 1**

(Literaturreferenz für die folgenden Abschnitte: McMain et al., 2007)

Steht das Commitment zur Abstinenz und sind erste Fertigkeiten zur Rückfallprophylaxe trainiert, ist für das „S“ (also den Suchtteil) der DBT-S formell das Eingangskriterium in Stage 1 der Therapie erfüllt. Erfüllt der Patient nun auch für den Rahmen der klassischen DBT die Erfordernisse, kann mit Stage 1 der Behandlung begonnen werden. Hier steht die Hierarchisierung von Therapiezielen und deren Bearbeitung im Vordergrund. DBT-S folgt dabei ohne Einschränkungen dem Modell der DBT. Beispielsweise steht an oberster Stelle der Zielhierarchisierung die Behandlung lebensbedrohlicher und selbstverletzender Verhaltensweisen, danach folgt die Fokussierung auf therapieschädigende Verhaltensweisen. In der DBT und DBT-S werden Konsumereignisse auf der Ebene von „Lebensqualität einschränkenden Verhaltensweisen“ also niedriger priorisiert. Dies bedeutet auch, dass der Substanzkonsum bei bestimmten Konstellationen nicht auf die Tagesordnung der Therapiestunde gelangen kann. Dennoch wird Suchtverhalten ein besonderes Augenmerk gegeben: Trägt der Konsum von Substanzen beispielsweise zu einer Erhöhung des Suizid- oder Selbstverletzungsrisikos bei, findet die Bearbeitung genau dieses gefährdenden Anteils des Suchtverhaltens in höchster Priorität ihren Platz.

### **DBT-S-Ziel dialektische Lösungsfindung „Kluger Kopf“**

Um sich selbst besser verstehen zu lernen, müssen Patienten ihre erkrankungsbedingten Schwankungen zwischen den folgenden drei Kategorien erkennen lernen: a) konsumförderndes Denken und Verhalten („Abhängiger Kopf“), b) Selbstüberschätzung der Fähigkeiten zur Abstinenzhaltung („Verleugnender Kopf“): Die Macht der Sucht wird nicht richtig eingeschätzt, und der Notfallplan ist deswegen nicht wasserdicht, und c) realistische Umgangsweisen im Zusammenhang mit der eigenen Suchterkrankung unter Berücksichtigung eigener Stärken und Schwächen („Kluger Kopf“; a und b). Die Fähigkeit, das eigene Denken und Verhalten in solche Kategorien einzuordnen, bietet einen unschätzbaren Vorteil bei der eigenständigen Früherkennung von Gefahren, die Rückfälle begünstigen könnten, und bei der Entwicklung umsetzbarer dialektischer Lösungen für die Bewältigung der Sucht. Das dialektische Prinzip des „klugen Kopfes“ entspricht dem dialektischen Lösungsprinzip des „Wise Mind“ der DBT. Nur mit einem „klugen Kopf“, also realistischen und umsetzbaren Plänen, kann „Wise Mind“, also weise Entschlüsse für den Aufbau eines lebenswerten Lebens aktiviert werden. Um die Kategorie „kluger Kopf“ mit individuellen Lösungen zu füllen, muss der Patient dialektisches Denken zur Lösungsfindung trainieren, d. h. die Fertigkeit erwerben, dialektische Lösungen für sich eigenständig zu entwickeln. Sie berücksichtigen stets die beiden sich widersprechenden Pole „abhängiger Kopf“ und „verleugnender Kopf“ (analog zur DBT: „emotional Mind“ und „reasonable Mind“). Der „kluge Kopf“ weiß um die Gefahr des Rückfalls („abhängiger Kopf“) und um die Notwendigkeit der Abstinenz („verleugnender Kopf“). Der „kluge

Kopf“ berücksichtigt ganz im Sinne des Skills der „Inneren Bereitschaft“ das aktuell Notwendige und das Mögliche für die Abstinenzhaltung und gibt somit einen umsichtigen, umsetzbaren Rahmen (McMain et al., 2007; Kienast, im Druck).

### **Der DBT-S-Pfad zu einem „klugen Kopf“**

Der DBT-S-Pfad zu einem „klugen Kopf“ ist eine Plattform, auf der alle Ziele und Strategien, die zu einer Reduktion des Konsums führen, gesammelt und entwickelt werden. Grob gesprochen, beginnt er mit dem Ziel der Konsumreduktion und fokussiert danach auf das gleichwertige Ziel, die Konsumreduktion oder Abstinenz aufrechtzuerhalten. Im Gegensatz zur DBT-Zielhierarchisierung sind die Ziele des Pfades mit der Ausnahme des obersten Ziels der Konsumreduktion nicht hierarchisiert. Der Pfad zu einem „klugen Kopf“ beinhaltet:

- Reduktion des Substanzkonsums
- Reduktion körperlichen Unwohlseins, bedingt durch Suchtmittelkonsum, -entzug oder Folgeerkrankungen
- Reduktion von Magnetverhalten, Craving und Verführbarkeit zum Substanzkonsum
- Reduktion der Gelegenheiten, Substanzen zu konsumieren
- Reduktion von Reizen („Cues“), die Substanzkonsum auslösen oder fördern („triggern“) (Stimuluskontrolle)
- Trainieren dialektischer Denk- und Verhaltensfertigkeiten analog des Prinzips „Kluger Kopf“
- Positive Verstärkung von „Kluger Kopf“-Verhalten

### **Memo DBT-S-Besonderheiten: Therapieziele in Stage 1**

Ziele:

- a) Einordnung von Elementen der Suchterkrankung in die Hierarchisierung der Therapieziele nach DBT
- b) Erlernen dialektischer Lösungsfindung nach dem Prinzip des „Klugen Kopfes“
- c) Behandlung der Suchterkrankung mit Hilfe der Plattform „Pfad zu einem „klugen Kopf“

Grundprinzipien:

- Grundannahmen und Validierungsstrategien der DBT anwenden
- Intensives Anwenden von Attachmentstrategien reduziert Therapieabbruchrate

### **Strategien und Skills in der DBT-S**

(Literaturreferenz für die folgenden Abschnitte: McMain et al., 2007; Kienast, im Druck)

Strategien der DBT-S werden in drei Hauptkategorien eingeteilt:

1. Attachmentstrategien (das „Schmetterlingsproblem“)
2. Suchtskills (das „Suchtproblem“)
3. Strategien zum Selbstmanagement (ein „suchtfreies Leben“ aufbauen)

### **Attachmentstrategien**

Attachmentstrategien sind eine große Gruppe von Methoden, mit deren Hilfe bei Suchtpatienten eine höhere Zuverlässigkeit bei der Mitarbeit und Teilnahme an den Therapien

sowie eine Verringerung der Therapieabbruchrate erreicht werden soll. Obwohl es hier einige Standardstrategien gibt, sind die meisten Strategien individuell zu entwerfen und einzusetzen. Den Attachmentstrategien zugrunde liegt die Erfahrung von Therapeuten, dass vor allem bei der Behandlung von Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung zwei große Gruppen von Therapieverhalten bestehen. Die eine Gruppe von Betroffenen erscheint regelmäßig in der Therapie und bearbeitet Therapieaufgaben zuverlässig („attached“), die zweite Gruppe kommt nur sporadisch in die Therapien und bearbeitet Therapieaufgaben unzuverlässig, die Patienten gehen also gelegentlich „verloren“. Die letzte Gruppe wird mit „Schmetterlingen“ verglichen, die nur schwer an einem Ort zu halten sind. Während viele psychotherapeutische Verfahren sich nur der Behandlung von Patienten widmen, die regelmäßig in den Therapien erscheinen, ist ein Hauptziel der DBT-S die „Schmetterlinge“ in einen bestmöglichen therapeutischen Kontakt zu bringen. Hierzu dienen die sogenannten Attachmentstrategien. Mit diesen Strategien wird die Aufgabe des Therapeuten-Patienten-Teams professionalisiert, dieses Verhalten nicht nur mit in die Therapie einzubeziehen, sondern auch abzubauen. So wird auch hier die Wahrscheinlichkeit für die Wirksamkeit der Therapie erhöht. Entscheidend ist, dass die systematische Erfassung solcher Probleme bereits im Vorgespräch erfolgt und dann Wege gefunden werden, die es dem Betroffenen erlauben, zuverlässig weitere Sitzungen zu besuchen. Die Möglichkeiten zur Sicherung der Behandlungskontinuität sind in der Regel kreativ. Wichtig ist aber, dass bei der Umsetzung in keinem Fall die Professionalität des Behandlers eingeschränkt wird oder seine Grenzen bzw. die seiner Arbeitsstätte einschließlich seiner therapeutischen Abstinenz übertreten werden. Die Anwendung von Attachmentstrategien wird immer zeitlich über die ersten Monate befristet. Ziel ist stets die Entwicklung „normalen“ Therapieverhaltens.

Beispiele sind:

- mit dem Patienten über die Problematik sprechen
- erhöhter Kontakt in der Anfangsphase
- das soziale Netzwerk des Patienten in die Therapie einbauen
- ein unterstützendes Netzwerk aufbauen
- flexible Therapiezeiten in der Anfangsphase
- aufsuchende Therapiesitzungen
- Vergabe des Substitutionsmittels bei Opiatabhängigen in den Therapiesitzungen
- Haustiere im Therapieraum erlauben, wenn diese für den Zeitraum der Therapiestunde nicht in Obhut gegeben werden können
- „verloren gegangene Patienten finden“
- demoralisierte Therapeuten und Teams behandeln
- andere

## Suchtskills

### Skillsvermittlung

Skills der DBT-S bestehen aus den Skills der klassischen DBT plus speziellen Suchtskills (McMain et al., 2007; Kienast, im Druck). Während verschiedene Therapieverfahren Skillstraining anbieten, ist der vermutlich entscheidende Faktor die Art und Weise

der Skillsvermittlung, also wie den Betroffenen die Fertigkeiten beigebracht werden. Menschen öffnen sich einem Therapeuten eher, wenn sie Wertschätzung erfahren. Ein Mensch, der offen an einer Therapie teilnimmt, wagt den Schritt in die Veränderung eher, weil er sich begleitet und unterstützt fühlt (Validierungsstrategien). Lebt der Therapeut die Grundannahmen der DBT, fällt es ihm leichter, jeden Moment dafür zu nutzen, auf eine wertschätzende Weise Impulse für Verhaltensänderungen zu setzen. Validierungsstrategien und Grundannahmen der DBT verringern die Wahrscheinlichkeit, dass sich Patient und Therapeut in eine dysfunktionale Dynamik verstricken. Bei Patienten mit Borderline-Störung hat sich gezeigt, dass die Anwendung der DBT-Grundannahmen und der Validierungsstrategien einen Vorteil bieten (Linehan et al., 1993).

### **Setting der DBT-S Skillsgruppe, Besonderheiten**

Skills werden häufig in Gruppensettings vermittelt. Es gibt daher Besonderheiten bei der Gestaltung des gruppentherapeutischen Settings bei Borderline-Sucht-Patienten. So wird empfohlen, dass im Arbeitsraum der Skillsgruppe ein Telefon steht, auf dem sich Patienten, die eine Therapieteilnahme für den aktuellen Tag absagen möchten, falls nicht vorher schon getan auch während der laufenden Gruppe noch anrufen können. Die Telefonate werden von einem der beiden Skillsgruppenleiter stets lösungsorientiert, wertschätzend und kurz gehalten. Der Therapeut sollte dabei stets die Motivation des Anrufenden stärken, vielleicht sogar noch am selben Tag, in jedem Fall aber zum nächsten Termin wieder in die Therapie zurückzukehren. Obwohl solche Telefonate zu Störungen der Gruppenarbeit führen, wird mit diesem Vorgehen den anwesenden Teilnehmern deutlich, wie der Therapeut mit einer solchen Nachricht umgeht. Dies fördert ein angemessenes Verhalten der Betroffenen und verringert zukünftige Schamgefühle der anderen Teilnehmer.

### **Basisfertigkeit „Kluger Kopf“**

Eine Basisfertigkeit in der DBT-S ist die Fähigkeit der Betroffenen, ihre Gedanken und Verhaltensweisen in die drei Kategorien „Abhängiger Kopf“, „Verleugnender Kopf“ und „Kluger Kopf“ einteilen zu können (siehe Abschnitt zu Stage 1). Diese Fertigkeit ist Grundlage dafür, rückfallgefährdende Verhaltensweisen oder eigenes Überschätzen bezüglich der Abstinenzfähigkeit rascher zu erkennen, dem auszuweichen oder aber somit die möglichen nachteiligen Konsequenzen des Handelns abschätzen zu können.

### **Stresstoleranz, Suchtskills**

Die DBT-S unterscheidet ebenso wie die DBT für den Bereich Stresstoleranz in die Kategorien

- a) „Skills zur Krisenbewältigung“
  - Aktives Verleugnen (Adaptive Denial)
  - Anticraving Skills 3xA
  - Urge Surfing-5S!
  - Entwaffe deinen Feind
  
- b) „Skills zum Annehmen der Realität“
  - Brücken zum Konsum abreißen

- Kluger Kopf
- Erfolgreich scheitern

*Skills zur Krisenbewältigung: Anti Craving Skills „3xA“ und „Aktives Verleugnen“*

Hier lernen die Patienten, den Begriff „Craving“ richtig zu interpretieren und Craving als bewusstes Verlangen in sich zu erkennen. Weitere Inhalte sind „Wie vermeide ich Craving?“, „Wie gehe ich mit akutem Craving um?“ In der praktischen Umsetzung erhalten die Betroffenen die Lernhilfe 3xA: „Annahmen“, „Anfeuern“ und „Abreiten“. Der Skill integriert den von Marlatt und Gordon 1985 entwickelten Achtsamkeitsskill „Urge Surfing“. Weil die Patienten bei „Urge Surfing“ dazu angehalten werden, mit ihren Sinnen achtsam auf ihren Suchtdruck zu fokussieren, ist hier auch bei einigen Betroffenen die Gefahr einer Verstärkung des Konsumimpulses mit Konsumrückfall zu beachten. Mit diesen Patienten sollte dieser Skill nicht, dafür aber der Anticraving-Skill „Adaptive Denial“, d.h. „Aktives Verleugnen“, also das bewusste Verdrängen des Verlangens trainiert werden.

*Skills zur Krisenbewältigung: „Urge Surfing-5S!“*

Dieser Skill basiert ebenfalls auf der Grundlage des von Marlatt und Gordon (1985) entwickelten Achtsamkeitsskills „Urge Surfing“. Auch hier erlernen die Patienten die Fertigkeit, den Suchtdruck aufmerksam zu verfolgen; entscheidender Unterschied ist jedoch, dass ein wichtiger Zusatzbaustein des Skills „Urge Surfing-5S!“ das aktive Aufbringen von kraftvollem Widerstand gegen den Suchtdruck ist.

Die Bezeichnung Urge Surfing bedient sich der Analogie, dass der Betroffene auf seiner Suchtdruckwelle surfen soll wie ein Wellenreiter mit seinem Surfboard auf einer Welle. Das Bild der Welle vermittelt, dass es Zeitpunkte während des Wellenreitens gibt, zu denen 1. sich der Suchtdruck aufbaut und es hierfür auch Erkennungszeichen (Frühwarnsymptome) gibt, die identifiziert werden können, 2. der Suchtdruck am stärksten ausgeprägt ist und die Konsumwahrscheinlichkeit am höchsten ist (die Welle bricht an ihrem höchsten Punkt) und 3. die Welle am Ufer ausläuft und verebbt. Über dieses Bild kann dem Patienten die Veränderung von Suchtdruck über die Zeit veranschaulicht werden. Das Surfbrett ist eine Metapher für die tragfähigen Werte des Einzelnen, Gesundheit, guter Schlaf, gesunde Ernährung und unterstützende soziale Kontakte. Diese Faktoren sollen Stabilität vermitteln, damit die Betroffenen auch bei starkem Verlangen ihr Ziel der Abstinenzhaltung nicht aus den Augen verlieren. Die Arbeit mit dem Surfbrett auf der Welle ist eine Metapher für die Kraftarbeit und Ausdauer, die gefragt sind, wenn die Betroffenen unfreiwillig auf einer solchen Welle reiten müssen, sich Größe und Dynamik anfangs nicht abschätzen lassen und hier neben dem Verlangen nach dem Suchtstoff auch Hilflosigkeit entsteht. In der Umsetzung des Skills lernen die Patienten, die Frühwarnzeichen von Craving zu benennen, sich ihrer Werte gewahr zu werden und zu pflegen und schließlich die Ausdauerkraft zu erlangen, das Craving zu überstehen. Die „5S!“ stehen für:

- Spüren und akzeptieren Sie den Suchtdruck
- Formulieren Sie einen starken Satz, um zu akzeptieren, dass der Suchtdruck vorhanden ist
- Schätzen Sie die Stärke des Suchtdrucks ein, und verbinden Sie sich mit Ihren Werten
- Suchen Sie die Welle
- Surfen Sie los!

*Skills zur Krisenbewältigung: „Entwaffne Deinen Feind“*

Dieser Skill ermöglicht es dem Patienten, seinen Suchtdruck frühzeitig zu erkennen, und mobilisiert Kräfte, die es ihm erlauben, erfolgreich dagegen anzukämpfen. Der Suchtdruck wird „personifiziert“ und erhält die Rolle eines Aggressors zugewiesen, der immer wieder Angriffe auf das neu aufzubauende suchtfreie Leben vornimmt und dessen Ziel es ist, das Leben des Betroffenen systematisch zu zerstören.

Vorgehen: 1. Alle dem Betroffenen bekannten Erkennungsmerkmale seines Suchtdrucks werden in ein „Bild“ gefasst, 2. dem Bild wird ein griffiger Name gegeben, der es dem Patienten 3. ermöglicht, ein Feindbild aufzubauen, 4. gegen das er seine Kräfte mobilisieren und gegen das Alarm geschlagen werden kann, sobald sich Anzeichen mehren, dass er wieder aktiv wird. Um das für diesen Skill zugrunde liegende Prinzip zu verdeutlichen, soll das Bild von Meteorologen bemüht werden, die mit der Namensgebung für Tiefdruck- oder Hochdruckgebiete (z. B. Tiefdruckgebiet Edgar, Hochdruckgebiet Regina, Orkantief Kyrill) einen Weg gefunden haben, den Zuschauern am Bildschirm ein Verständnis für die Wetterlage und eine Vorhersehbarkeit, Anfang und Ende der zu erwartenden Wetterereignisse zu vermitteln, statt dass sie für alles den Überbegriff „Wetter“ verwenden, mit dem allein besondere Verhältnisse nur schwer zu beschreiben sind. Mit diesem Bild ist es für die Zuschauer des Wetterberichts besser zu entscheiden, ob heute beim Gang aus dem Haus das Mitnehmen eines Regenschirmes ratsam ist oder gar das Auto, das unter einem Baum geparkt steht, besser an einen Platz umgestellt werden sollte, an dem es während des zu erwartenden Sturmes vor herunterfallenden Gegenständen geschützt ist. In diesem Skill wird die Akzeptanz für die Erkrankung gefördert, der Suchtdruck jedoch als persönlichkeitsfremde Gewalt dem eigenen Wesen, das nach Gesundheit und Sicherheit strebt, gegenübergestellt. Dies ist durchaus eine wichtige Unterscheidung für die Patienten, da sie sehr oft davon überzeugt sind, als Person den Rückfall zugelassen zu haben und neben Schuldgefühlen große Schwierigkeiten haben zu verstehen, warum ihnen dieser Schritt immer wieder passiert, obwohl sie nicht mehr konsumieren möchten.

*Skills zum Annehmen der Realität: „Brücken zum Konsum abreißen“*

Bei diesen Skill lernen die Patienten, wie sie die Schwelle in den erneuten Konsum eigenständig deutlich erhöhen können. Dazu gehört unter anderem das Löschen von Telefonnummern von Dealern oder konsumanimierenden Kontakten aus dem Speicher des Mobiltelefons oder Vergleichbares.

*Skills zum Annehmen der Realität: „Kluger Kopf“*

Das Prinzip „Kluger Kopf“ trainiert die Fähigkeit zu dialektischem, lösungsorientiertem Denken und ist in Abschnitt zu Stage 1, vor allem die Kategorien „Abhängiger Kopf“ und „Kluger Kopf“, genauer erläutert.

Viele suchtkranke Menschen schwanken zwischen Selbstüberschätzung („Verleugnender Kopf“) und konsumförderndem Denken und Verhalten („Abhängiger Kopf“).

**Verleugnender Kopf:** Um die Bezeichnung „Verleugnender Kopf“ besser verständlich zu machen dient das Bild eines Bergsteigers, der nach langer und harter Wanderung und gefährlichen Aufstiegen endlich den Gipfel erreicht hat. Er ist ganz berauscht von seiner Leistung und von dem Ausblick, den er von oben genießen kann. Von einigen Bergsteigern wird dieser Zustand der stolzen Euphorie als „Gipfelrausch“ bezeichnet.

Dieser Gipfelrausch birgt die Gefahr, dass der Bergsteiger auf dem Gipfel die Zeit vergisst und sich später als geplant an den gefährlichen Abstieg macht und sich somit einer erhöhten Unfallgefahr aussetzt. Der Bergsteiger „verleugnet“ bewusst oder unbewusst die Tatsache, dass noch ein erhebliches und vielleicht sogar gefährliches Stück Arbeit vor ihm liegt, das er bewältigen muss. Die Begrifflichkeit „Verleugnender Kopf“ kategorisiert Gedanken und Verhalten, das die eigenen Kräfte zur Abstinenzhaltung überschätzen oder Vorsichtsmaßnahmen und ausdifferenzierte Notfallpläne zur Abstinenzhaltung vernachlässigen lässt. Ein Beispiel ist: „Nun bin ich bereits 8 Wochen abstinent, ich benötige keinen neu angepassten Notfallplan, wenn ich ab nächster Woche für 3 Wochen auf Dienstreise sein werde. Ich werde diese Zeit auch so, ohne Rückfall schaffen.“

Bei der Begriffsfindung „Verleugnender Kopf“ wurde der gut beforschten Tatsache Rechnung getragen, dass die eigentlich intuitiv verstehbaren Begriffe wie „Berauschter Kopf“ (Rausch) oder „Euphorischer Kopf“ (Euphorie) aufgrund ihrer Nähe zum Drogenjargon bei einigen Patienten einen konsumfördernden Effekt haben könnten.

**Abhängiger Kopf:** Diese Begrifflichkeit ist intuitiv zu verstehen und beschreibt Gedanken und Verhaltensweisen, die den Betroffenen näher an den Suchtmittelkonsum bringen und somit ein erneuter Konsum/Rückfall wahrscheinlicher wird. Ein Beispiel ist: „An meinem 50. Geburtstag kann ich ruhig mit einem Glas Sekt auf das neue Lebensjahrzehnt anstoßen.“

**Kluger Kopf:** Der kluge Kopf weiß sowohl um die Gipfeleuphorie und die darausfolgende mögliche Selbstüberschätzung als auch um die Verlockung, in rückfallfördernde Verhaltensweisen zurückzufallen. Mit dem Wissen um diese beiden Pole bietet der „Kluger Kopf“ eine Plattform für angemessene und umsichtige Denk- und Verhaltensweisen, die als gute Grundlage für den Aufbau eines lebenswerten Lebens dienen.

Die Patienten lernen, bei diesem Skill die verschiedenen Kategorien in ihrem eigenen Denken und Verhalten zu identifizieren und dialektische, das heißt realisierbare Lösungen zu entwerfen.

*Skills zum Annehmen der Realität: „Erfolgreich scheitern“*

Der Skill „erfolgreich scheitern“ befähigt die Patienten, im Falle eines Konsumereignisses oder Rückfalls rasch die notwendigen Schritte einzuleiten, die zu einer schnellstmöglichen Rückkehr zur Abstinenz führen. Eine gute Analogie sind die vor jedem Flug eines Passagierflugzeugs von den Flugbegleitern demonstrierten Maßnahmen, die für den Fall eines Unglücks von jedem Passagier zu treffen sind (Notausgänge freihalten, Schwimmwesten unter dem Sitz, Sauerstoffmaske auf Mund und Nase drücken, erst dann Kindern helfen etc.). Die Patienten diskutieren vorab, wann ein solcher Notfall bei ihnen auftreten und wie er sich ankündigen könnte, sie benennen vorab hilfreiche Gedanken und hilfreiches Handeln sowie hilfreiche Personen, die sie kontaktieren können. Wichtige Gefühle, die als hinderlich diskutiert werden müssen, sind Scham, Schuld und Hilflosigkeit.

### **Achtsamkeit, Suchtskills**

Achtsamkeit ist auch in der DBT-S eine entscheidende Fertigkeit. Neben den Achtsamkeitsskills der DBT bietet die DBT-S ein paar wenige eigene Achtsamkeits-Skills für suchtkranke Menschen.

### *Achtsamkeitsskill: „Urge Surfing“*

Suchtbezogene Achtsamkeitsskills fokussieren vor allem auf die Früherkennung und Veränderbarkeit von Craving, also das bewusste Verlangen nach dem Suchtstoff. Hierzu zählt der Skill „Urge Surfing“ nach Alan Marlatt (1985), der bereits als Basis für zwei daraus hervorgegangene Fertigkeiten im Bereich Stresstoleranz (siehe oben) vorgestellt wurde. Achtsames Wahrnehmen des Suchtverlangens führt zu der Erkenntnis, dass sich der Suchtdruck über die Zeit verändert und somit auch vergänglich ist. Achtsames Beobachten und Ablehnungstraining helfen dabei, dem Handlungsimpuls, zu konsumieren, zu widerstehen. Dieser Skill ist jedoch nicht allen Patienten zu empfehlen. Bei einer größeren Gruppe von Süchtigen steigt bei diesem Skill der Suchtdruck und kann direkt in einen erneuten Konsum münden. Die Indikation muss vom Therapeuten sorgfältig gestellt werden.

### *Achtsamkeitsskill: „Alternative Rebellion“*

Einige Konsumenten berichten darüber, dass Rebellion gegen bestimmte Personen, Autoritäten, Gewöhnlichkeit, Spießigkeit, Langeweile oder andere Situationen eine Motivation darstellt, Substanzen zu konsumieren. Der Skill „Alternative Rebellion“ unterstützt die Patienten dabei, ihren Drang nach Rebellion auf einer anderen, angemessenen und nicht dysfunktionalen Ebene zufriedenstellend umzusetzen. „Alternative Rebellion“ schließt die Antizipation langfristiger Effekte des Handelns ein.

## **Emotionsregulation, Suchtskills**

Abhängigkeitserzeugende Substanzen haben fast immer auch eine Wirkung auf Intensität oder Qualität von Emotionen. Vor diesem Hintergrund ist auch die Motivation vieler Borderline- Patienten mit Konsum-abhängigkeitserzeugenden Substanzen nachvollziehbar. Die Skills der DBT-S und DBT zur Bewältigung starker Emotionen sind hier identisch. Bedingt durch die Natur der Suchterkrankung, Rückfälle zu erzeugen und das persönlichkeits eigene Schutzsystem zu unterlaufen, besitzen bei den Betroffenen die Emotionen Schuld, Scham und Hilflosigkeit einen besonderen Stellenwert. Diese Emotionen bilden gleichzeitig auch Barrieren und erschweren „erfolgreiches Scheitern“ (siehe Skill „erfolgreich scheitern“)

## **Zwischenmenschliche Fertigkeiten, Suchtskills**

In der DBT-S erhält das Training zwischenmenschlicher Fertigkeiten die folgenden weiteren Schwerpunkte:

- Training, Substanzkonsum und Angebote abzulehnen (Ablehntraining)
- Nutzen günstiger Gelegenheiten: Weichen für ein Leben ohne Drogen stellen
- Positive Verstärkung für Therapie- und Abstinenzfolge

## **Fazit**

Für die Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörung und komorbider Suchterkrankung gibt es bisher lediglich zwei psychotherapeutische Verfahren, die Dual-Fokus-Schema-Therapie (DFST) und die Dialektisch-Behaviorale Therapie für Borderline-Patienten mit komorbider Suchterkrankung (DBT-S), für die Wirksamkeitsnachweise



auf der Ebene kontrolliert randomisierter Studien (RCTs) bestehen. Während die DFST keine spezifische Behandlung für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung anbietet und die untersuchte Patientengruppe eher klein ist, bietet die DBT-S ein spezifisches, sehr gut ausdifferenziertes Therapieprogramm für Borderline-Persönlichkeitsstörungen mit komorbider Suchterkrankung. Einschränkungen sind jedoch auch hier, dass die untersuchte Patientengruppe mit bisher ca. 50 Borderline-Sucht-Patienten zwar größer als bei der DFST, jedoch damit immer noch recht klein ist. Untersuchungsergebnisse für Männer gibt es derzeit nicht. Grundsätzlich muss man daher trotz des Vorliegens von RCTs schlussfolgern, dass der Wirksamkeitsnachweis einer Replikation an einer größeren Population bedarf. Eine solche Untersuchung ist in Kooperation mit der BRTC Seattle und der Duke Universität vor kurzem abgeschlossen worden, die Ergebnisse stehen noch aus. Vorteil der DBT-S ist, dass sie ein an Patienten und therapeutische Teams leicht vermittelbares und hochdifferenziertes Konzept bietet, das in seinen einzelnen Grundzügen in diesem Artikel vorgestellt wurde.

## Literaturverzeichnis

- Ball, S.A. (2007). Comparing individual therapies for personality disordered opioid dependent patients. *Journal of Personality Disorders*, 21, 305-21.
- Ball, S.A. (1998). Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: dual focus schema therapy. *Addictive Behaviors*, 23, 883-891.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165, 631-638.
- Dilling, H.M., Mombour, W., Schmidt, M.H. (2004). *INternationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Fünfte Auflage*, Hans Huber Verlag, Bern.
- Dimeff, L.A. & Linehan, M.M. (2008). Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addiction Science & Clinical Practice*, 4, 39-47.
- Fromme, K., Marlatt, G.A., Baer, J.S. & Kivlahan, D.R. (1994). The alcohol skills training program: a group intervention for young adult drinkers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11, 143-154.
- Herpertz, S. (2012). Persönlichkeitsstörungen. In G. Gründer & O. Benkert (Hrsg.), *Handbuch der Psychopharmakotherapie* (2. Aufl., S. 1097). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Kiefer, F. & Koopmann, A. (2012). Alkohol. In G. Gründer & O. Benkert (Hrsg.), *Handbuch der Psychopharmakotherapie* (2. Aufl., S. 871 ff.). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Kienast, T. (im Druck). Modul Umgang mit Sucht. In M. Bohus & M. Wolf (Hrsg.), *Interaktives Skills Training für Borderline-Patienten* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Kienast, T. & Foerster, J. (2008). Psychotherapy of personality disorders and concomitant substance dependence. *Current Opinion in Psychiatry*, 21, 619-24.
- Kienast, T. & Heinz, A. (2012). Abhängigkeitserkrankungen. In G. Gründer & O. Benkert (Hrsg.), *Handbuch der Psychopharmakotherapie* (2. Aufl., S. 281 ff.). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Lenzenweger, M.F., Lane, M.C., Loranger, A.W. & Kessler, R.C. (2007). DSM-IV personality disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*. 62, 553-564.
- Lindemeyer, J. (2001). *Lieber schlau als blau*. Weinheim: Beltz.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guildford Press.

- Linehan, M.M., Comtois, K.A., Murray, A.M., Brown, M.Z., Gallop, R.J., Heard, H.L., Korslund, K.E., Tutek, D.A., Reynolds, S.K. & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and Borderline-Personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-766.
- Linehan, M.M., Dimeff, L.A., Reynolds, S.K., Comtois, K.A., Welch, S.S., Heagerty, P. & Kivlahan, D.R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for Borderline-Personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13-26.
- Linehan, M.M., Schmidt, H. 3rd, Dimeff, L.A., Craft, J.C., Kanter, J. & Comtois, K.A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with Borderline-Personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addictions*, 8, 279-292.
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: The Guilford Press.
- McMain, S., Sayrs, J.H.R., Dimeff, L.A. & Linehan, M.M. (2007). Borderline Disorder and Substance Dependence. In L.A. Dimeff & K. Koerner (Eds.), *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice* (pp. 149 ff.). New York: The Guilford Press.
- Nace, E.P., Davis, C.W. & Gaspari, J.P. (1991). Axis II comorbidity in substance abusers. *American Journal of Psychiatry*, 148, 118-20.
- Rounsaville, B.J., Kranzler, H.R., Ball, S.A., Tennen, H., Polling, J. & Triffleman, E. (1998). Personality Disorders in Substance Abusers: Relation to Substance Abuse. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 186, 87-95.
- Scherbaum, N. & Gastpar, M. (2012). Opiate. In G. Gründer & O. Benkert (Hrsg.), *Handbuch der Psychopharmakotherapie* (2. Aufl., S. 885 ff.). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Trull, T.J., Sher, K.J., Minks-Brown, C., Durbin, J. & Burr, R. (2000). Borderline-Personality disorder and substance use disorders: a review and integration. *Clinical Psychology Review*, 20, 235-253.
- Van den Bosch, L.M. & Verheul, R. (2007). Patients with addiction and personality disorder: Treatment outcomes and clinical implications. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 67-71.
- Verheul, R. (2001). Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry*, 16, 274-82.

## Korrespondenzadresse

PD Dr. Thorsten Kienast, MBA  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Charité Campus Mitte, Universitätsmedizin Berlin  
Charitéplatz 1 | 10117 Berlin  
Tel.: 030 450517094 | Fax: 030 450517944  
E-Mail: thorsten.kienast@charite.de