

Markus Reicherzer

Die therapeutische Beziehung in der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT)

The therapeutic relationship in dialectical behavior therapy

Mit der DBT existiert eine effektive Methode zur Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Störung. Im Zentrum der Borderline-Problematik scheint eine Störung der Affektregulation zu stehen. In der Folge kommt es zu starken Emotionen, die das gesamte soziale Spektrum erfassen und somit auch die therapeutische Beziehung. Des Weiteren finden sich bei diesem Störungsbild vielfältige relevante psychosoziale Belastungsfaktoren wie sexuelle oder körperliche Gewalterfahrungen. Hier werden spezifische kognitive Muster und entsprechende Interaktionsstile generiert, die sich ebenfalls auf die therapeutische Beziehung auswirken.

Dies stellt besondere Herausforderungen an den Therapeuten bezüglich der Entwicklung, Steuerung und Auflösung der therapeutischen Beziehung. Im folgenden Artikel werden die Besonderheiten der Borderline-Störung im zwischenmenschlichen Bereich dargestellt und die Position der DBT erörtert.

Schlüsselwörter

Dialektisch-Behaviorale Therapie – Borderline-Persönlichkeitsstörung – Dialektik – therapeutische Beziehung

With DBT exists an effective method of treatment for patients with a borderline disorder, the centre of which seems to be a disturbed affect regulation. Subsequently, there are strong emotions comprising the whole social spectrum and therefore also the therapeutic relationship. Furthermore, diverse relevant psychosocial stress factors such as sexual or physical abuse experiences can be found in this disorder. Here specific cognitive patterns and corresponding types of interaction are generated, affecting also the therapeutic relationship.

This poses particular challenges to the therapist regarding the development, management and resolution of the therapeutic relationship. In the following article the specific features of the borderline disorder are shown in the interpersonal area and the position of the DBT discussed.

Keywords

dialectical behavior therapy – borderline-personality disorder – dialectic – therapeutic relationship

Die Borderline-Störung

Die Borderline-Störung ist eine eigenständige Persönlichkeitsstörung (emotional-instabil) mit einem spezifischen Verlauf und spezifischen Risikofaktoren. Sie manifestiert sich als eine schwerwiegende generalisierte Störung der Emotionsregulation und der Impulskontrolle, begleitet von tiefgreifenden Störungen des Selbstbildes und der zwischenmenschlichen Interaktion. Das Leitsymptom sind einschließende Zustände intensiver emotionaler Erregung, häufig gekoppelt mit dissoziativer Symptomatik sowie passageren Einschränkungen der Kognitionen und der Planungsfähigkeit. Sie beginnt meist in der Adoleszenz. Mit einer Prävalenz von ca. 1,5 % ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung häufiger als schizophrene Erkrankungen (Bohus & Schmahl, 2007). Die Prävalenz von Borderline-Patienten in psychiatrischen Einrichtungen liegt laut NIMH-Erhebung bei ambulanten Patienten bei 11 %, bei stationären bei ~19 % (Reicherzer, 2013). In der Anamnese dieser Patientengruppen finden sich gehäuft eigene Erfahrungen bzw. Miterleben körperlicher oder sexueller Gewalt sowie emotionale Deprivation. Im Mittelpunkt stehen störungsspezifische Defizite auf dem Boden einer emotionalen Dysregulation, die wiederum dysfunktionale Verhaltensmuster nach sich ziehen und zu einer wechselwirksamen Interferenz zwischen Patient und Umwelt führen.

Die Erkrankung ist multifaktoriell bedingt. Eine genetisch angelegte emotionale „Dysregulation“ nimmt einen bedeutsamen zentralen Stellenwert für die Genese vielfältiger Epiphänomene der Erkrankung ein. Die emotionale Dysregulation kann heute als solide empirisch untermauert gelten. Die emotionale Schwelle liegt extrem niedrig, die Intensität ist hoch, und es dauert lange, bis sich die Affekte wieder auf das Ausgangsniveau regulieren. So kommt es bereits sehr früh im Leben eines Betroffenen zu einem Aufeinandertreffen spezifischer emotionaler „Gesetzmäßigkeiten“ und dem individuellen Umfeld. So können sich bereits in jungen Jahren störungsspezifische Schemata etablieren, die wir dann später als zeitkonstante Variablen einer Persönlichkeitsstörung identifizieren. Diese frühe Interaktion zwischen dem vulnerablen Organismus und seinem Umfeld führt nicht selten einerseits zu der Gewissheit einer „Andersartigkeit“, andererseits kann eine systemimmanente „Blindheit“ für das Leiden beobachtet werden.

Per definitionem darf frühestens mit dem 16. Lebensjahr von einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gesprochen werden. Der Beginn der Erkrankung, die wir später als Borderline-Störung definieren, muss jedoch mit Sicherheit bereits vor diesem Zeitpunkt gesehen werden. Inwieweit hier kurative Maßnahmen, beispielsweise in einer Behandlung des ADHS oder präventive Maßnahmen in Institutionen (Kindergärten, Schulen etc.) bei verhaltensauffälligen Kindern suffiziente frühe Behandlungsansätze darstellen können, kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht beantwortet werden. Derzeit haben wir es in der Behandlung überwiegend mit jungen Heranwachsenden oder jungen Erwachsenen zu tun. Gerade in dem Lebensalter, in dem entscheidende Weichen für eine längerfristige berufliche oder aber auch private Entwicklung gestellt werden, beginnt eine oft langjährige Odyssee mit diversen ambulanten wie stationären Behandlungen. Einen jungen, lebenshungrigen Menschen mit einer Diagnose zu konfrontieren, die intensive Bemühungen des Betroffenen impliziert, erfordert auf der einen Seite Feingefühl und auf der anderen Seite Klarheit und Transparenz, um nach vielen Jahren des „Überlebens“ entscheidende Weichen für einen „anderen Weg“ stellen zu können.

Wir wissen, dass durch eine Vielzahl ungünstiger sozialer Faktoren die Erkrankung mitgeprägt wird. Der Bogen ist weit gespannt, angefangen bei der Überforderung im Umgang mit einem vulnerablen, stressanfälligen Kind bis hin zur komplexen Traumatisierung durch primäre Bezugspersonen. Im Resultat sind die zwischenmenschlichen Schemata oft geprägt von Misstrauen, Angst (Ohnmacht) und Scham. Die wertneutrale Vermittlung von Wissen über die Erkrankung, ihre Ätiologie und ihre Behandlungsmöglichkeiten kann hier einen äußerst wichtigen Brückenpfeiler hin zu einer tragfähigen therapeutischen Verbindung darstellen, die eine fundamentale Grundlage für Veränderung ist.

Im familiären Umfeld sehen wir uns ebenfalls diversen Besonderheiten gegenüber. Es gibt nicht die „borderline-typische Familie“. Die Interaktionsmuster sind äußerst heterogen, und es gibt mannigfaltige Wege, eine Borderline-Symptomatik zu entwickeln. So finden sich bei Borderline-Patienten mit einer depressiven Episode (Major Depression) eine hohe Inzidenz affektiver Erkrankungen auf Seiten der Eltern. Auch haben Familien von Borderline-Patienten eine höhere Inzidenz an borderline-typischen Verhaltensmustern, Alkoholismus, antisozialen Persönlichkeitsstörungen oder anderen Persönlichkeitsstörungen. Viele Borderline-Patienten sind in einem familiären Umfeld aufgewachsen mit chaotischen Strukturen. Physischer und sexueller Missbrauch bzw. Misshandlung sind nicht zuletzt bei der Planung und Durchführung familientherapeutischer Interventionen zu berücksichtigen.

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)

Anfang der 1980er Jahre entwickelte Marsha Linehan (Seattle) ein ambulantes Therapieverfahren zunächst zur Behandlung chronisch suizidaler Patientinnen. Im Verlauf wurde es für diejenigen Patienten ergänzt, die die Kriterien einer Borderline-Störung erfüllen. 1993 wurde es in den USA publiziert (M. M. Linehan, 1993; M. M. Linehan, 1993b). Seit 1996 steht das Manual in deutscher Übersetzung zur Verfügung (M. M. Linehan, 1996a, 1996b). Die DBT konnte bis heute in mehreren Studien zeigen, dass sie für eine Reihe von Funktionsbereichen eine effektive Behandlungsmethode ist. Bei der Reduktion von Suizidversuchen, Hospitalisation, selbstverletzendem Verhalten, Wut, Depression und sozialer Einstellung zeigt die DBT eine Überlegenheit im Vergleich zu Treatment as usual und von Experten (Kliem, Kroger, & Kosfelder, 2010; Lynch, Trost, Salsman, & Linehan, 2007). Die zentrale Grundidee in der DBT ist die Dialektik, deren Grundsatz es ist, dass es kein „Richtig“ oder „Falsch“ gibt, sondern verschiedene Positionen, die ihre individuelle Berechtigung bei der Erreichung bestimmter Ziele haben. Die Ziele können extern wie intrinsisch so weit auseinander liegen, dass sich sogenannte dialektische Dilemmata darstellen. D. h., unterschiedliche Schemata stehen sich inkompatibel gegenüber. Patienten lösen diese Dilemmata über „Oszillation“, d. h., sie springen von einem Schema ins nächste. Ist ein Schema aktiviert, ist das andere „off“. Dialektische Verhaltensmuster bestehen in ausgewogenen Handlungen, Emotionen und Kognitionen. Die DBT hat das Ziel, Menschen mit einer Borderline-Störung zu befähigen, trotz starker emotionaler Belastung durch den Einsatz geeigneter Fertigkeiten sich funktional zu verhalten und langfristig die multiplen Krisen zu verhindern. Für den Therapeuten bedeutet Dialektik, sehr aufmerksam die polaren Bewegungen auf Seiten des Patienten zu beobachten und ihnen mit einer ausbalancierenden Haltung zu begegnen. Die therapeutische Haltung

bewegt sich entsprechend den Möglichkeiten, den Bedürfnissen und Notwendigkeiten auf Seiten des Patienten zwischen einer annehmenden, akzeptierenden Haltung und der Veränderung (Rentrop, Reicherzer, & Bäuml, 2007).

Die DBT integriert als multimodales Therapiekonzept ein weites Spektrum an therapeutischer Methodik und berücksichtigt die jeweilige individuelle Ausgestaltung der Borderline-Symptomatik. Das theoretische Konzept basiert auf einer biosozialen Entstehungstheorie, auf den Gesetzen der Lerntheorie und der Verhaltenstherapie sowie des ZEN. Letztere vermittelt insbesondere die Kunst des Annehmens schweren Leidens und erlittener Traumatisierung.

Die Komplexität der Störung spiegelt sich nicht zuletzt im strukturellen Konzept der DBT. Es handelt sich um ein Modulkonzept, das eine Kombination zwischen Einzeltherapie, Gruppentherapie und Supervision vorschlägt. Neben diesen integralen Bestandteilen ist es hilfreich, mit einer stationären Einrichtung zu kooperieren. Sozialarbeiter, Pharmakotherapeuten, Körper- und Traumatherapie vervollständigen im Bedarfsfall ein komplexes therapeutisches Netzwerk.

Das ambulante Therapiekonstrukt sieht 4 gleichberechtigte Module vor: Die ambulante Einzeltherapie erstreckt sich über einen Zeitraum von 2 Jahren mit 1 bis 2 Behandlungsstunden pro Woche. Im Rahmen seiner individuellen Möglichkeiten sollte der Einzeltherapeut zur Lösung akuter, eventuell lebensbedrohlicher Krisen telefonisch (Telefonberatung) erreichbar sein.

Zeitgleich zur Einzeltherapie besucht der Patient wöchentlich einmal für zwei bis drei Stunden eine Fertigkeitentrainingsgruppe (Skillstraining) (Bohus & Wolf-Arehult, 2013). Diese Gruppe orientiert sich an einem Manual und arbeitet über einen Zeitraum von 6 Monaten. Es hat sich als hilfreich erwiesen, gegebenenfalls einen zweiten Turnus anzuschließen. Die Kommunikation zwischen Einzel- und Gruppentherapeuten erfolgt im Rahmen der Supervisionsgruppe.

Die therapeutische Beziehung

Wenn wir uns dem Thema der therapeutischen Beziehung zuwenden, sollte uns bewusst werden, dass es sich bei dem Begriff der Beziehung grundsätzlich um ein theoretisches Konstrukt handelt, das im Kontext einer Therapie durch einen spezifischen Aspekt modifiziert wird. Bei der therapeutischen Beziehung handelt es sich um eine eigene Beziehungsentität. Sie grenzt sich deutlich von der Freundschaft, der romantischen Beziehung oder auch der Eltern-Kind-Beziehung ab. Verglichen mit anderen Arten von Beziehungen ist die therapeutische Beziehung durch ihre juristischen und theoretischen Rahmenbedingungen stark eingeschränkt, regelgeleitet und zeitlich definiert. Beide Akteure haben bestimmte Rollen und Aufgaben, die nicht austauschbar sind, und verfolgen ganz bestimmte Ziele.

Die therapeutische Beziehung dient, anders als in anderen Beziehungen, nur einem einzigen Zweck, Probleme des Klienten zu klären, zu definieren und so weit wie möglich zu lösen (Sachse, 2006). Trotz dieser scheinbar klaren Rahmenbedingungen, lässt sich auch die therapeutische Beziehung nicht verlässlich erfassen. Vor diesem Hintergrund

können Untersuchungen bezüglich der Beziehungsqualitäten und deren Wirkstärken im therapeutischen Prozess nur unzureichend erfasst werden. Es scheint sich jedoch als günstig zu erweisen, störungsspezifische Beziehungsstrategien zu differenzieren. Insbesondere für die Borderline-Störung ist die Gewichtung einer spezifischen therapeutischen Beziehung immanent.

Der Beginn der therapeutischen Beziehung zeichnet sich bereits durch eine Besonderheit aus. Die Patienten kommen typischerweise dann in Therapie, wenn sie sich in einem Zustand der Überforderung befinden. Das heißt, die Beziehungsaufnahme auf Seiten des Patienten ist zunächst nicht durch appetente Emotionen motiviert, sondern aus der Not geboren. Es wäre daher naheliegend, dass der Therapeut insbesondere zu Beginn einer Therapie auf den Pol des Sicherheitgebens fokussiert. Es hat sich in der Verhaltenstherapie jedoch bewährt, beide Pole, also auch die Herausforderung, gleichzeitig anzubieten (Herpertz, 2002).

Eine Voraussetzung für einen positiven Therapieverlauf ist in Abhängigkeit vom Problemfeld auf Seiten des Patienten die Öffnung des Patienten inklusive der Themenbereiche, die üblicherweise einer emotional intimen Beziehung zugeordnet werden. Diese wiederum zeichnet sich üblicherweise durch eine paritätische Selbstöffnung aus. Beide Partner zeigen sich „nackt“. Ein ungleiches Vorgehen führt unweigerlich zu einem Machtgefälle. Die Wahrnehmung dieser ungleichen Positionen und der Umgang mit diesen ist vor dem Hintergrund der spezifischen psychischen Störung unterschiedlich einzuordnen.

Forschungsergebnisse

Die therapeutische Beziehung ist wie andere Wirkfaktoren auch im Fokus des wissenschaftlichen Interesses. An dieser Stelle sollen aber nur einige, auch für die DBT relevante Ergebnisse angeführt werden. Nach Caspar sind Therapieerfolge eine der wichtigsten positiven Einflussgrößen für eine positive therapeutische Beziehung (Caspar, 2003).

Die Therapeutenvarianz und deren Einfluss auf die Therapie sind nach wie vor weitgehend unbekannt. Standardisierungen (Manualisierung, Adherence-Kontrollen) dienen zumindest dazu, die Einflüsse zu minimieren (Caspar, Herpertz, & Mundt, 2008). Zunächst findet die Berücksichtigung der Passung (dominant + submissiv, feindselig versus freundlich) selektiv statt. D.h., im ersten Schritt beurteilen Patient und Therapeut während der probatorischen Sitzungen ihre „Passung“. Später erfolgt die Passung zunehmend adaptiv, d. h., der Therapeut stellt sich auf die Bedürfnisse des einzelnen Patienten und der aktuellen Situation ein. Es geht darum, „sich ständig um eine zum einzelnen Patienten und seiner aktuellen Situation passende Beziehung zu bemühen und beziehungsmaßige Voraussetzungen und Nebenwirkungen von Interventionen zu reflektieren (Caspar, 2003).

Eine positive therapeutische Beziehungsgestaltung hat einen großen Einfluss auf die Problembearbeitung auf Seiten des Klienten. Darunter ist die Bereitschaft zur Offenheit, Zuwendung zu problematischen Schemata oder unangenehmen emotionalen Zuständen

zu verstehen. Die Qualität dieser Problembearbeitung wird wesentlich durch die therapeutische Beziehungsgestaltung mit beeinflusst (Sachse, 2006). Diese korreliert wiederum mit dem therapeutischen Erfolg. Es besteht somit ein indirekter Zusammenhang zwischen therapeutischer Beziehungsgestaltung und dem Ergebnis der Therapie.

Therapeutische Beziehung und therapeutischen Erfolg zeigen in den neueren Untersuchungen einen moderaten, aber einheitlichen Zusammenhang (Flückinger, Horvath, Del Re, Symonds, & Holzer, 2015; Horvath, Del Re, Fluckiger, & Symonds, 2011).

Borderline-Störung und Beziehungsgestaltung

Die frühen Beziehungserfahrungen von Menschen mit einer Borderline-Störung sind überwiegend als extrem ungünstig zu bezeichnen. Gewalt zwischen den Eltern (35%), krimineller Vater (13%), körperliche Misshandlung bis 14. Lj. (53%), sexueller Missbrauch (63%), Vernachlässigung (40%) (Zanarini, et al., 2002) und emotionaler Missbrauch (13%) zeichnen ein trauriges Bild. Rein statistisch verbleibt ein Rest von 8%, bei denen keiner der genannten Wirkfaktoren zu erfassen ist. Die meisten dieser Einflussgrößen stammen aus dem Binnenraum der Familie, so dass die Entwicklung sicherer Bindungen nachhaltig gestört sein muss. Mag man darüber hinaus der Studie von Fossati Glauben schenken (Fossati, Novella, Donati, Donini, & Maffei, 2002) leiden über 50% der Borderline-Patienten komorbid unter einer ADHS. Auch wenn diese Prozentzahl in der Zukunft nach unten korrigiert wird, ist davon auszugehen, dass ein erheblicher Anteil der Borderline-Patienten von einem ADHS betroffen ist. Natürlich sind hier zusätzliche interaktionelle Irritationen vor diesem Hintergrund in der frühen Biographie zu erwarten. Diese biographischen Faktoren und ihre Auswirkungen auf die Beziehungswelt der Patienten, gepaart mit einer wohl anlagebedingten emotionalen Dysregulation, münden häufig in missverständliche Kommunikationen, da der Dialogpartner dem Kontext eine andere emotionale Bedeutung beimisst. Neben der affektiven Instabilität prägen einige aversive Emotionen die Beziehungswelt der Borderline-Patienten. Scham, Ekel, Angst, Ohnmacht und Schuld werden sozusagen a priori in eine Beziehung eingebracht. Diese Emotionen geben starke Impulse, um möglichst schnell die Beziehung wieder zu verlassen bzw. kontrollierendes, sich rückversicherndes Verhalten zu generieren.

Vor dem Hintergrund oft desolater Beziehungserfahrungen könnte man annehmen, dass Borderline-Patienten Beziehungen eher meiden. Die meisten Borderline-Patienten haben jedoch enorme Schwierigkeiten, alleine zu sein. In Beziehungen offenbaren sich aber vielschichtige Schwierigkeiten. So fühlen sich Menschen mit einer Borderline-Störung tendenziell sozial ausgeschlossen, interpretieren das Verhalten anderer als gegen sich gerichtet (Bohus, 2015) und zeigen selbst Verhaltensmuster, die vom Beziehungspartner oft falsch interpretiert werden. Dies führt zu Missverständnissen, die insbesondere die partnerschaftlichen Beziehungen massiv belasten können. Es finden sich aber noch weitere Störungen der Beziehungsregulation. Bedrohliches, verführerisches, aggressives und impulsives Verhalten bei starken affektiven Schwankungen prägen das Bild einer Borderline-Beziehung.

Zentrales Moment einer jeden Beziehung ist ein ausreichendes Maß an Selbstwert, der es ermöglicht, auch eine gewisse Zeit alleine überleben zu können. Dieser Teilaspekt ermöglicht dem Menschen den notwendigen Freiheitsgrad, sich in einer konflikthafter Beziehung konstruktiv zu positionieren. Darüber hinaus benötigen wir aber auch ein entsprechendes Handwerkszeug (Skills), mit dem Partner in einer angemessenen Form zu interagieren, um die Beziehung nicht zu gefährden. Probleme zu lösen bedeutet immer, sich mit den zugrunde liegenden Sichtweisen beider Beziehungspartner zu beschäftigen. Eine intersubjektive Position angesichts der Komplexität zwischenmenschlicher Beziehungen zu generieren erscheint nur idealtypisch erreichbar. Borderline-Patienten haben allerdings in vielen dieser Bereiche Schwierigkeiten. Erschwerend kommt hinzu, dass Borderline-Patienten häufig Beziehungen eingehen mit Menschen, die ebenfalls unter einer Persönlichkeitsstörung leiden und/oder ein Alkohol- bzw. Suchtproblem vorliegt. In der Folge etablieren sich langwierige, schwierige Beziehungen mit häufigen Trennungen und Wiederannäherungen.

Die therapeutische Beziehung mit Borderline-Patienten

Die Beziehungsgestaltung gilt insbesondere in der Behandlung von Personen mit einer Borderline-Störung als schwierig. Therapeuten fühlen sich über die Maßen emotional belastet. Als Therapeut wird man mit einer hohen Emotionalität oder im Gegenteil mit Teilnahmslosigkeit konfrontiert. Des Weiteren führen tief verwurzelte dysfunktionale Grundannahmen häufig zu widersprüchlichen Handlungsentwürfen oder „Plänen“. Die Beziehungspläne gestalten sich einerseits als Suche nach Nähe und Geborgenheit („Ich kann alleine nicht überleben“), andererseits als Vermeidung von Nähe und „Gesehenwerden“ („Ich bin schlecht und wertlos“). D.h., der Therapeut sieht sich wechselnd in anziehende und abstoßende Interaktionen verwickelt. Auch ein Alternieren zwischen Idealisierung und Entwertung des Therapeuten tragen zu einer Destabilisierung der Beziehung bei.

Eine vertrauensvolle, ausbalancierte, wertgeleitete intersubjektive Beziehung ist zu Beginn einer Therapie mit Borderline-Patienten ausgeschlossen. Dies ist ein wesentliches diskriminierendes Merkmal der Behandlung von Borderline-Patienten gegenüber einer Therapie anderer Störungsfelder. Andererseits ist eine positive therapeutische Beziehung wesentlich für die Therapie (M. M. Linehan, 1996a; Robins & Koons, 2000). Die Konfrontation mit dysfunktionalen Schemata und deren Analyse ist unabdingbares Moment in der Therapie von Borderline-Patienten. Da eine umfassende Problemanalyse und Änderungsbereitschaft mit einer guten therapeutischen Beziehung gekoppelt ist, wird der therapeutische Prozess mit einem weiteren Dilemma konfrontiert. Die Beziehung ist das Medium, durch das der Therapeut die Therapie verwirklicht, und sie ist gleichzeitig Ziel der Therapie. Es ist somit nicht verwunderlich, dass die therapeutische Beziehungsgestaltung bei Klienten mit einer Borderline-Störung eine zentrale Bedeutung in der Behandlung einnimmt. Die DBT geht wie andere Therapien davon aus, dass die therapeutischen Ergebnisse sich verbessern lassen, wenn Therapeut und Patient sich mögen, sich gegenseitig vertrauen, und sich darin einig sind, was die Zielfestsetzung und die Aufgaben der Behandlung sind (M. M. Linehan, 1993a). Linehan beschreibt die thera-

peutische Beziehung als eine echte, sich gegenseitig beeinflussende zwischenmenschliche Beziehung zwischen zwei Menschen.

Es stellt sich nun die Frage, welche Voraussetzungen gegeben sein müssen, damit der Patient sich in der Beziehung offenbaren kann und somit der Raum für einen konstruktiven therapeutischen Prozess eröffnet wird. Wir wissen, dass die Kommunikation über dysfunktionale Schemata häufig beim Patienten Scham aktiviert. Dieses Gefühl (Scham) lässt sich in der horizontalen Analyse meist nicht in einfache kausale Zusammenhänge bringen, vielmehr hängt es an fundamentalen rigiden Grundannahmen über das Selbst (vertikale Analyse). Dysfunktionale Verhaltensmuster sind bei Persönlichkeitsstörungen wie der Borderline-Störung in der Regel in den Dienst zur Erhaltung der emotionalen Existenz gestellt. Sie sind mit ganz fundamentalen (neuronalen) Netzstrukturen assoziiert. Da ein gewisser Selbstwert als eine lebensnotwendige Qualität zählen kann, darf man davon ausgehen, dass der menschliche Organismus bestrebt ist, hier eine ausreichende Qualifikation zu erreichen. Grundannahmen wie „Ich bin so, wie ich bin, in Ordnung“ und „Ich bin sozial attraktiv“ sind bei Patienten mit einer Borderline-Störung meist massiv von Beginn an irritiert worden. Wir Therapeuten müssen nicht selten an das „Urvertrauen“ beim Patienten appellieren, um einen Boden für jedwede Veränderung zu bestellen. Die DBT spricht hier von Aktivierung des „Wise Mind“. In der DBT wurde ursprünglich Wise Mind definiert als Überlappungsbereich oder aktive Integration zwischen Emotional Mind und Reasonable Mind. Eine konzentrierte Vertiefung (z. B. über Meditation) über das Wesen von Wise Mind geht nach Auffassung des Autors aber weit über diese Definition hinaus. Es ist die Tür zu einem in jedem Menschen tief verankerten Wissen um die Möglichkeit der Selbstliebe und einer universellen Verbundenheit.

Bedauerlicherweise ist diese Tür vielen Borderline-Patienten zunächst massiv verstellt. Die Sehnsucht bzw. die Notwendigkeit einer orientierenden, sicherheitsspendenden Leitlinie generiert ein riskantes System. Oft sind den Patienten interaktionelle Muster vertraut, die ihnen trotz massiver Dysfunktionalität das Gefühl der „Sicherheit“ vermitteln. Der Täter wird als „sicheres Terrain“ verbucht. Paradoxaerweise wird diesem System dann mehr Vertrauen entgegengebracht als anderen Bezugssystemen. Patienten können auch in der therapeutischen Beziehung versuchen, diesen Interaktionsstil zu etablieren, nicht zuletzt mit der Absicht, eine vermeintlich vertrauensvolle, sichere Beziehung herzustellen. Es ist aus meiner Sicht daher unabdingbar, dass der Therapeut dem Borderline-Patienten einen tiefen fundamentalen und unerschütterlichen Respekt gegenüber dem Menschen an und für sich entgegenbringen muss. Dieser Respekt muss den wiederkehrenden und zum Teil massiven Störfeuern, die der Störung innewohnen, Stand halten können. Hierin besteht eine der größten Herausforderungen für den Therapeuten.

Ein weiterer wesentlicher Aspekt in der therapeutischen Beziehungsgestaltung mit Borderline-Patienten ist die Berücksichtigung der emotionalen Wirkgrößen von Ohnmacht und Angst. Die Aktivierung dieser Emotionen ist überproportional häufig mit dieser Störung assoziiert. Frühe, meist komplexe, persistierende traumatische Ereignisse stellen für den menschlichen Organismus existenzielle Bedrohungen dar. Fehlende Ressourcen oder die Übermacht des Täters lassen ängstliche Reaktionen im Keim ersticken und münden in Ohnmacht mit emotionaler Taubheit als letzte „emotionale“ Reaktion. Eine Aktivierung

dieser Netzwerkstrukturen kann den Erfolg der Therapie nachhaltig gefährden. In diesen Fällen muss der therapeutische Fokus auf die Behandlung der Traumata gerichtet werden. Hier scheint die Expositionsbehandlung die Therapie der Wahl zu sein (Bohus, et al., 2013). Die Aspekte einer therapeutischen Beziehungsgestaltung im Kontext sozialer Themen mit konsekutiver Aktivierung von Scham und Schuld sollten auch die Grundhaltung des Therapeuten bei der Arbeit mit traumatischen Inhalten prägen. Inwieweit die aktuell erfolgreichen Methoden zur Behandlung der komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen von der Qualität der therapeutischen Beziehung abhängen, benötigt weitere Untersuchungen. Man könnte annehmen, dass die Beziehungsgestaltung bei einer „exklusiven“ Behandlung einer PTSD im Sinne der Reizkonfrontation und einem manualisierten Vorgehen von einer geringeren Bedeutung ist.

Während in der Behandlung von Menschen mit einer Borderline-Störung auf lange Sicht das personale Vertrauen zum Therapeuten eine wesentliche Rolle spielen dürfte, ist das Kompetenz-Vertrauen bei der Behandlung einer PTSD eine hinreichende Voraussetzung.

Die therapeutische Beziehung in der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT)

Bei dem Versuch, die therapeutische Beziehung zu definieren, stößt man sehr schnell an Grenzen, da es sich um kein stabiles Konstrukt, sondern vielmehr um ein Phänomen handelt, das von unterschiedlichen Einflussgrößen und Variablen abhängig ist. Im Folgenden wird versucht, einige dieser Teilaspekte zu beleuchten, obwohl nur die vollständige Betrachtung aller Teilaspekte einer Beziehung ein abschließendes Urteil über deren Qualität liefern kann.

Forschungsergebnisse

Es gibt nur wenige Untersuchungen über die therapeutische Beziehung in der DBT. Grundsätzlich basiert die Gestaltung der therapeutischen Beziehung in der DBT auf Prinzipien der Verhaltenstherapie. Zwei der Hypothesen zur therapeutischen Beziehung sind für die DBT besonders relevant: Lernen am Modell und die Kontingenzhypothese. Erstere besagt, dass die Patienten beginnen, sich selbst so zu behandeln, wie ihr Therapeut sie behandelt. Bedics konnte hier keinen Zusammenhang feststellen (Bedics, Atkins, Comtois, & Linehan, 2012b). Die zweite Hypothese besagt, dass Verstärkung und Validierung kontingent eingesetzt werden sollten bei funktionalem Verhalten auf Seiten des Patienten (M. M. Linehan, 1997).

Bedics (Bedics, Atkins, Comtois, & Linehan, 2012a) konnte zeigen, dass unter der DBT die Patienten sozial zugewandte Introjekte herausbilden. Im Einzelnen kam es zu einer Zunahme derjenigen Anteile, die sich selbst bekräftigen, lieben und beschützen. Die Wahrnehmung des Therapeuten verändert sich im Laufe der Therapie. Der Therapeut wird zunächst als warm, akzeptierend und leitend wahrgenommen, am Ende der Therapie als weniger kontrollierend. Diejenigen Patienten, die ihren Therapeuten als liebevoll und beschützend schilderten, berichteten eine größere Selbstliebe und Selbstfürsorge in dem anschließenden Beobachtungszeitraum. Die Daten unterstützen die Hypothese (Lynch,

Chapman, Rosenthal, Kuo, & Linehan, 2006), dass der Gebrauch von Validierungsstrategien eine positive Selbstsicht bekräftigt bzw. ausbildet.

Ein kritischer Moment bei den DBT-Prinzipien ist die Gewichtung und Balance von Akzeptanz und Veränderung. Man könnte erwarten, dass das therapeutische Handeln so wahrgenommen werden kann, als würde man gleichzeitig Autonomie gewähren und bekräftigen als auch kontrollierend und dozierend sein. Zwei Studien konnten zeigen, dass die Wahrnehmung beider Aspekte auf Seiten des Patienten positiv mit der Abnahme von selbstschädigendem Verhalten korreliert (Bedics, et al., 2012a).

Die Daten von Bedics weisen aber auch darauf hin, dass eine rigide Anwendung der dialektischen Techniken mit schlechteren Ergebnissen in Verbindung zu bringen ist.

Die therapeutische Beziehung in Abhängigkeit der Module

Bei der DBT handelt es sich um eine multimodale Therapieform. DBT findet nicht in einer ausschließlich therapeutischen Dyade statt.

Die ambulante Therapie setzt sich aus folgenden Modulen zusammen:

Die ambulante Einzeltherapie, das Skillstraining, das Telefoncoaching und die Supervision.

Während die Verantwortung für die Alltagsgestaltung, die Therapieplanung und das Krisenmanagement beim Einzeltherapeuten liegt, fokussiert der Skillstrainer auf die Vermittlung von Fertigkeiten im Rahmen einer „psychoedukativen“ Gruppe.

Die Beziehung im Skillstraining

Das Skillstraining vermittelt Fertigkeiten im Gruppensetting in den Bereichen Gefühle, Selbstwert, Beziehung, Stress und Achtsamkeit. Ein- bis zweimal die Woche treffen sich 6-8 Patienten und 2 Trainer zur Skillsgruppe. Zu Beginn einer jeden Sitzung werden „Trainingsaufgaben“ besprochen, dann neue Skills erörtert und schließlich neue „Trainingsaufgaben“ aufgegeben. Die Skillsgruppen unterscheiden sich ausdrücklich von psychodynamischen Gruppen. Sie sind eine Art „Volkshochschule“ für Borderline-Patienten. Ziel ist eine unterstützende und wohlwollende Atmosphäre, welche die Vermittlung von Fertigkeiten, einen Erfahrungsaustausch im Umgang mit den neuen Fertigkeiten und ein experimentelles Üben ermöglicht.

In der Regel sollten sich Einzeltherapeut und Skillstrainer personell unterscheiden. Die Beziehung im Fertigkeitentraining ist meist nicht so intensiv wie in der Einzeltherapie. Auch hier ist aber die Bindung zwischen Therapeut und Patient sehr wichtig und muss mit der gleichen Aufmerksamkeit verfolgt werden. Durch das Setting des Fertigkeitentrainings, die Verhaltensregeln und dem inhaltlichen Schwerpunkt (Vermittlung von Skills) ist die Wahrscheinlichkeit der Stimulation neuronaler Netzwerke mit aversiven Attributionen und konsekutivem Auftreten von Spannungszuständen herabgesetzt.

Wenngleich in einem geringerem Umfang kann für das Fertigkeitentraining gelten, dass die Beziehung zwischen Therapeut und Patient das Medium ist, durch das der Therapeut die Therapie verwirklicht.

Das Telefoncoaching

Wir sollten uns vergegenwärtigen, dass ein einzelner Kontakt pro Woche zwischen Therapeut und Patient für einen Menschen mit latenter Suizidalität nur ein dürftiges Verbindungsglied darstellen kann. Die telefonische Beratung versucht hier gegenzusteuern. Nach Konflikten im therapeutischen Rahmen oder einem Missverständnis zwischen Patient und Therapeut bietet das telefonische Gespräch die Möglichkeit, die Beziehung zu klären, ohne damit bis zur nächsten Stunde warten zu müssen. Die Klärung von Beziehungskonflikten bzw. das Ansprechen von emotional aufgeladenen Beziehungsthemen in einem willkürlich festgeschriebenen Rahmen (therapeutische Sitzung) ist unnatürlich und verstärkt das Machtgefälle zwischen Patient und Therapeut. Telefonate in diesem Themenfeld können die Bindung stärken. Sie dienen der Lösung von Konflikten, der Reduzierung von Gefühlen der Entfremdung oder der Distanz des Therapeuten. Ursachen für eine telefonische Kontaktaufnahme sind üblicherweise intensive Wut, Ängste vor Verlassenwerden oder Gefühl des Abgelehntwerdens. Die Rolle des Therapeuten besteht in diesen Fällen darin, den Patienten zu beruhigen und zu besänftigen. Die Dauer sollte auch hier auf 10 Minuten bis maximal 20 Minuten begrenzt sein. Eine detaillierte Analyse des Problems kann dann meist auf die nächste Stunde warten. Telefonate, bezogen auf eine Reparatur der therapeutischen Beziehung, können unter Umständen insbesondere zu Beginn einer Therapie mehr Zeit in Anspruch nehmen. Hier muss der Therapeut auf seine eigenen Grenzen achten und für einen klaren, praktikablen Rahmen Sorge tragen. Einer exzessiven Inanspruchnahme muss mit entsprechenden Strategien (systematische Verhaltensanalyse und Problemlösung) begegnet werden.

Die Supervision

Die Supervisionsgruppe ist ein integraler Bestandteil der Therapie. Linehan postuliert, dass eine Arbeit mit Borderline-Patienten nur im Team möglich ist. Vor dem Hintergrund der zu erwartenden Schwierigkeiten innerhalb der therapeutischen Beziehung hat die Gruppe sogar eine ganz zentrale therapeutische Aufgabe. Sie ist für den therapeutischen Prozess mitverantwortlich. Um den initialen Schwierigkeiten der komplexen therapeutischen Kommunikation mit Borderline-Patienten etwas entgegenzustellen, ist die Nutzung von videographischen Material von Vorteil. Die Aufgaben der Supervision innerhalb der DBT sind vielfältig. Der supervisorische Fokus folgt den allgemeinen Algorithmen der DBT, das heißt, wann immer suizidales Verhalten auftaucht, wird es zum Thema der Therapie bzw. der Supervision. Durch die hohe „emotionale Ladung“ im therapeutischen Prozess spielen die emotionalen Reaktionen des Therapeuten eine große Rolle. Eine achtsame Grundhaltung des Therapeuten ist hier unerlässlich. Es geht darum, heftige Emotionen und Reaktionen der Patienten auszuhalten und gleichzeitig therapeutisch effektiv zu handeln. Aber auch die eigenen heftigen Emotionen auszuhalten und sie zu regulieren ist Teil der Therapie (Mayer-Bruns, Böhme, & Frank, 2003). Die störungsspezifischen interaktionellen Muster führen bei den Therapeuten häufig zu starken Emotionen wie Unsicherheit, Wut, Angst oder Misstrauen. Um hier einen effektiven supervisorischen bzw. intervisorischen Prozess unterhalten zu können, spielt die Selbstöffnung des Therapeuten eine herausragende Rolle. Ein Klima von Offenheit, gegenseitiger Wertschätzung, Schutz und Interesse ist hier eine unabdingbare Voraussetzung.

Das Spannungsfeld zwischen dem akzeptierenden Pol („Mein Patient kann sich vor dem Hintergrund seiner Störung nicht anders verhalten!“) und dem nach Veränderung strebenden Pol („Wenn mein Patient in der Therapie bleiben will und damit eine bessere Lebensqualität erreichen kann, muss er sein Verhalten ändern!“) ist groß. Eine zu rasche, extreme Bewegung des Therapeuten kann die Therapie schnell gefährden. Um dies zu verhindern, stellt die Supervisionsgruppe ein balancierendes Moment dar und hilft mit, die therapeutische Beziehung zu regulieren. Ein zweiter Beziehungsaspekt der in der Supervision zwingend begleitet werden muss, sind die Grenzen des Therapeuten. Letztendlich ist der Patient dafür verantwortlich, dass er die Grenzen des Therapeuten beachtet und respektiert. Diese Aufgabe kann er nur dann bewältigen, wenn er vom Therapeuten zuverlässig darüber orientiert wird. Die Grenzen fair und angemessen zu finden und zu kommunizieren kann unter Umständen eine sehr diffizile Aufgabe sein, bei der der Therapeut auch die Hilfe der Supervisionsgruppe benötigt.

Die Einzeltherapie

Im ambulanten Setting findet über den Zeitraum von etwa zwei Jahren in der Regel einmal pro Woche eine Einzeltherapie statt. Der Therapeut sollte sich vornehmlich als Trainer oder Coach verstehen und die Verantwortung für den Therapieverlauf und das Ergebnis übernehmen. Das heißt, er orientiert sich zusammen mit dem Patienten an wohldefinierten Zielen. Entsprechend den der Borderline-Störung innewohnenden Problemfelder muss oberstes und vorrangiges Therapieziel die Reduktion suizidaler Verhaltensmuster bzw. die Verhinderung eines Suizids sein. Es erklärt sich von selbst, dass bei solchen Verhaltensmustern eine enorme emotionale Last wirksam ist. Um dieser hohen Not der Patienten eine wirksame therapeutische Kraft entgegenstellen zu können, ist eine starke, positive therapeutische Beziehung unabdingbar. Man muss sich aber dessen gewahr sein, dass viele Patienten, bedingt durch ihre Vorerfahrungen, extreme Schwierigkeiten haben, selbst eine vertrauensvolle Beziehung herzustellen und zu halten.

Wie jede Beziehung ist auch die therapeutische Beziehung kein statisches Konstrukt. In Abhängigkeit von unterschiedlichen Variablen (Zeit, persönlicher Interaktionsstil, Lebensalter, sozialer Kontext etc.) ist auch die therapeutische Beziehung als solche wandelbar. Dies gilt es, im therapeutischen Prozess zu berücksichtigen.

Die therapeutische Beziehung zu Beginn einer Therapie

Insbesondere zu Beginn der Therapie muss sich der Fokus auf den Aufbau einer tragfähigen Beziehung richten.

Therapeuten tun gut daran, ihre Wirkstärke nicht zu überschätzen angesichts zum Teil desolater sozialer Umgebungsbedingungen ihrer Patienten. Finanzielle Belastungen, Isolation, dysfunktionale Partnerschaften, Täterkontakte, berufliche Perspektivlosigkeit sind einige der Aspekte, die die Durchschlagskraft psychotherapeutischer Interventionen relativieren. Unter gewissen Umständen (z. B. anhaltender Täterkontakt) ist Veränderung unter therapeutischen Gesichtspunkten schlichtweg nicht möglich und das therapeutische Augenmerk vorrangig auf die aufrechterhaltenden Bedingungen zu richten.

Bevor die Beziehung als Grundlage oder Mittel der Therapie wirksam werden kann, muss sie zunächst hergestellt werden. Der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung steht folglich zu Beginn einer Behandlung im Fokus der therapeutischen Aufmerksamkeit. Hier dienen insbesondere die Validierungsstrategien dazu, eine Bindung zwischen Therapeut und Patient zu entwickeln. Aber auch psychoedukative Techniken legen den Boden für weitere Entwicklungsprozesse. Eine der größten Gefahren lauert aber gerade in dieser initialen Position, die von einer akzeptierenden und supportiven Haltung geprägt ist. Ohne die gleichzeitige Kommunikation, Vermittlung und Beachtung von Grenzen und Regeln innerhalb der Therapie wird die therapeutische Beziehung angesichts der einer Borderline-Störung innewohnenden dysfunktionalen Schemata insbesondere zu Beginn schnell überfordert. Die Strategien bzw. Positionen liegen zum Teil hier weit auseinander oder erscheinen geradezu inkompatibel. Eine „radikale“ Vermittlung notwendig erscheinender Rahmenbedingungen der Therapie und eine alternativlose, annehmende therapeutische Position gegenüber dem Patienten stellen für den Therapeuten wie für den Patienten eine enorme Herausforderung dar.

Durch das Benennen dieses Problemfeldes wird zumindest eine Transparenz geschaffen, und diese ist die Grundlage für die Herstellung eines Commitments. Therapeut und Patient verpflichten sich, die Beziehung als eine wesentliche Voraussetzung für die Therapie bei gleichzeitiger Sensibilisierung auf einen therapiefährdenden Aspekt anzuerkennen. Betrachtet man einige der zentralen Grundannahmen von Borderline-Patienten, wird ebenfalls klar, dass beziehungsfördernde Strategien auf Seiten des Therapeuten auch potentielle beziehungsfährdende Aspekte beinhalten.

„Wenn mir jemand zu nahekommt, ist das bedrohlich“; „Wenn mir jemand zu nahekommt, werde ich ihn zerstören“; „Wenn jemand sieht, wie wertlos ich bin, wird er mich verlassen“; „Wenn jemand meine Schwächen sieht, wird er mich demütigen.“

Hier kollidieren also häufig Grundbedürfnisse und Grundannahmen. Wann immer ein vom Patienten generiertes Verhalten, das auf seinen Grundbedürfnissen basiert, vom Therapeuten komplementär befriedigt wird, kann eine ausgeprägte Diskrepanz zu den konträren Grundannahmen entstehen. Schnell können sich hier erhebliche Dissonanzen im Beziehungsaufbau einstellen. Dieses oszillierende Verhalten zwischen den Polen „Suche Nähe“ und „Meide Nähe“ versucht, die dialektische Beziehungsgestaltung zu glätten (Bohus, 2008). Dies bedeutet, dass der Therapeut der These die Antithese zur Seite stellt. Letztere bekommt im zunehmenden Erkenntnisprozess eine positive Funktion und führt auf einer neuen Erkenntnisebene zur Synthese der zunächst unvereinbar positionierten Pole.

Der emotionalen Not des Patienten Rechnung tragend, nährt der Therapeut in dieser Anfangsphase Gefühle der Bindung.

Hier sind insbesondere 3 Strategien hervorzuheben:

- Strukturelle Strategien
- Validierung
- Reziproke Kommunikation

Strukturelle Strategien

Nicht selten ist in der Behandlung von Borderline-Patienten angesichts der Fülle dringlicher Themen zu beobachten, dass die therapeutischen Sitzungen geradezu chaotisch anmuten. Der Patient springt von einem Thema zum anderen, und dem Therapeuten bleibt somit keine Gelegenheit, problemanalytische oder aber auch lösungsanalytische Interventionen zu setzen. Hier droht Gefahr von zwei Seiten. Ein rigides Strukturieren der Sitzung nach Behandlungsalgorithmen wird der emotionalen und kognitiven Situation des Patienten nicht gerecht. Verbirgt sich doch hinter seinem Verhalten der dringliche Wunsch angesichts des Leidens all seine „Schmerzen“ zu äußern. Dahinter verbirgt sich der große Wunsch, dass der Therapeut hier globale Abhilfe bietet. Wer würde es einem Krebspatienten verdenken, über seine Übelkeit, Abgeschlagenheit, Schwäche, Schlafstörungen, Ängste und Schmerzen zu sprechen? Über die Auseinandersetzungen mit seinen Kindern, der Ehefrau, die Finanzen, den Tod ... ? Das Ausmaß an Dringlichkeit, Vielfältigkeit und Bedrohlichkeit angesichts der existenziellen Dimension ist bei der Borderline-Störung in einem vergleichbaren Extrem anzusiedeln. Andererseits kann Veränderung durch eine ausschließlich gewährende Haltung nicht initiiert werden. Einige strukturelle Strategien wie der Einsatz der „diary card“ versuchen, dem Phänomen zu begegnen; ein wertvolles strukturierendes Instrument, das nicht darüber hinwegtäuschen darf, dass die DBT weit mehr ist als das Abarbeiten von vorgegebenen Behandlungsalgorithmen.

Eine achtsame Haltung des Therapeuten gegenüber der initialen Stimmung seines Patienten und der Fokus auf emotionale Bewegungen innerhalb der Sitzung gelten als gleichwertige Strategien.

Validierungsstrategien

Die Validierungsstrategien können grundsätzlich als Strategien zur Förderung des Beziehungsaufbaus charakterisiert werden. Sie signalisieren dem Patienten eindeutig, dass seine Verhaltens- und Erlebensweisen aus seiner subjektiven Sicht stimmig, sinnvoll und im aktuellen Kontext verstehbar sind. Gleichzeitig ist es die therapeutische Aufgabe, dass dysfunktionale Erwartungen irritiert werden.

Dieser Prozess impliziert die Induktion aversiver Emotionen gegenüber dem Therapeuten und bedeutet eine „Gefährdung“ der Beziehung. Hier hilft es, die grundsätzliche Vermittlung der therapeutischen Wertschätzung an übergeordnete Ziele zu adressieren (z. B. soziale Akzeptanz, Nähe, Geborgenheit etc.). Auch hier steht also die dialektische Dynamik im Mittelpunkt des therapeutischen Wirkens.

Die DBT unterscheidet sechs Validierungsstrategien. V1, V2, V3 und V6 sind diejenigen, die das Verständnis des Therapeuten für das Verhalten des Patienten fokussieren. V4 stellt das Verhalten in den Kontext der Biographie und der Störung, V5 öffnet die Türe in Richtung möglicher Veränderung.

Tabelle 1: Validierungsstrategien

V1	Achtsames und offenes Zuhören
V2	Wiederholen, was gesagt wurde
V3	Kreuzmodalitäten benennen, emotionales Mitschwingen
V4	Bezug auf biographische Erfahrungen und die Störung
V5	Bezug auf das jeweils aktivierte Schema
V6	Bezug zur Normalität

Reziproke Kommunikation

Unter einem reziproken (gleichberechtigten) Kommunikationsstil des Therapeuten subsumiert die DBT einzelne Strategien. Der Therapeut reagiert auf den Patienten, er zeigt sich sensibel gegenüber den Variationen im Verhalten des Patienten, er wirkt warm und menschlich, er ist annehmend und nicht verurteilend. Er ist bereit, sich selbst zu öffnen, ist verantwortlich für ein geringes Machtgefälle und lässt einen angemessenen Körperkontakt zu. Der reziproke Kommunikationsstil umfasst auch die Darstellung der eigenen Schwierigkeiten seitens des Therapeuten. Er signalisiert „Normalität“ und hat Modellfunktion für das Lösen von Problemen und für normales Reagieren auf alltägliche Situationen. Eine solitäre annehmende Haltung des Patienten alleine reicht jedoch nicht aus, um dysfunktionales Verhalten, das einem Wachstum an Lebensqualität entgegensteht, zu modifizieren (siehe auch Respektlose Kommunikation).

Die dialektische Beziehungsgestaltung

Ein stabiles Selbstbild und die Fähigkeit zu spontanen emotionalen Reaktionen sind für effektive zwischenmenschliche Beziehungen von großer Bedeutung. Genauso wichtig sind die Fähigkeit, die eigenen Emotionen in angemessener Weise zu regulieren, impulsives Verhalten zu kontrollieren und in einem gewissen Umfang schmerzhaft Situationen auszuhalten. Personen mit einer Borderline-Störung haben hier ausgeprägte Defizite, und es kommt zu „chaotischen“ Beziehungen (M. M. Linehan, 1996a). Insbesondere aggressive Verhaltensmuster verhindern stabile Beziehungen.

Eine diesen Umstand aufrechterhaltende Kondition ist eine intermittierende Verstärkung der Umgebung. D. h., intensive negative Gefühlsäußerungen und „Hilferufe“ werden nur sporadisch verstärkt. Konsekutiv werden so für eine Beziehung destruktive Verhaltensweisen aufrechterhalten bzw. erlernt.

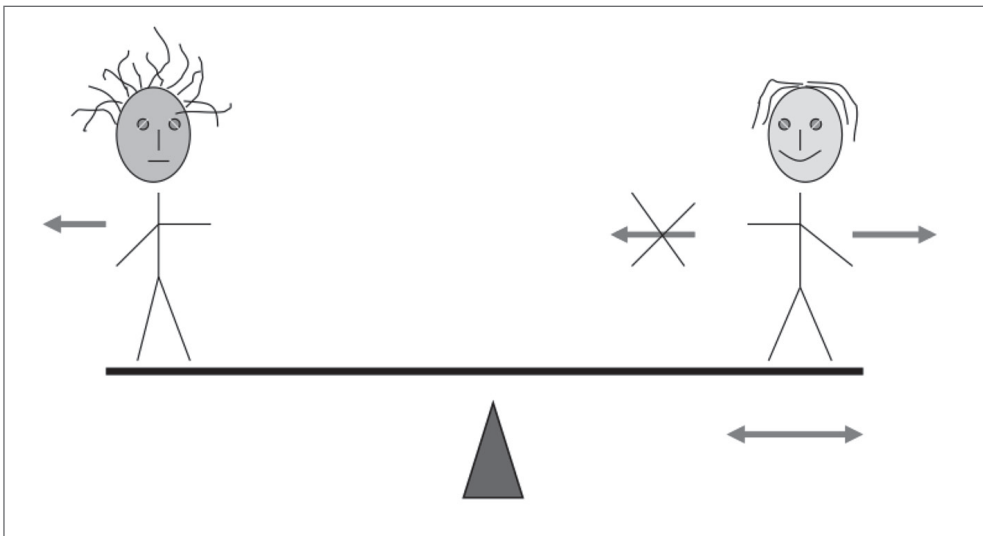
Vor diesem biographischen Hintergrund ist die therapeutische Beziehung in einem besonderen Maße gefährdet. Der Therapeut verhält sich wie die Umgebung beschwichtigend und bestrafend und setzt somit die invalidierenden Erfahrungen des Patienten fort.

Der Schlüssel ist eine dialektische Position auch innerhalb der Beziehung. Die Patienten zeigen zwei Dimensionen, die der aktiven Passivität und die der scheinbaren Kompetenz. Der Therapeut muss die Fähigkeiten und Defizite der Patienten in ein Gleichgewicht bringen, indem er sowohl unterstützende und akzeptierende Strategien, aber auch kon-

frontierende und verändernde Strategien flexibel einsetzt. Forderung und Veränderung müssen mit unendlicher Geduld eingesetzt werden. Es gilt zu berücksichtigen, dass Verhaltensweisen des Therapeuten, die für die eine therapeutische Beziehung nützlich sind, für andere vollkommen nutzlos sind. Die DBT empfiehlt, die Wirkung des therapeutischen Verhaltens auf den einzelnen Patienten ständig zu beobachten.

Auf der Beziehungsebene kommt es mit Borderline-Patienten zu extremen Bewegungen, insbesondere bei der Nähe-Distanz-Regulation. Die Beziehung kann entweder radikal infrage gestellt werden, oder aber es kann ein „übertriebenes“ Maß an Nähe an den Therapeuten adressiert werden. Klassische Reaktionen innerhalb einer therapeutischen Beziehung wäre zum einen, den Patienten, der die Therapie zu verlassen droht, einzufangen, zum anderen eine „gesunde“ Distanz herzustellen. Beide therapeutischen Reaktionen führen bei Borderline-Patienten oft zu einer Verstärkung der vom Patienten initiierten Bewegung. In der Folge gerät die gesamte Therapie in Gefahr. In der DBT hat sich das Bild der therapeutischen Wippe etabliert. Auf der einen Seite befindet sich der Therapeut, auf der anderen der Patient. Es gilt durch gleichsinnige therapeutische Bewegungen die Beziehung in einem Gleichgewicht zu halten. In der laufenden Therapie können sich die Richtungen, in die sich der Patient bewegt, abwechseln.

Abbildung 1: Therapeutische Beziehungsgestaltung („Teeter-Totter“)



Respektlose Kommunikation

Der respektlose Kommunikationsstil steht in einem dialektischen Verhältnis zur reziproken Kommunikation. Die Techniken der respektlosen Kommunikation werden eingesetzt, um den Patienten aus der Bahn zu werfen. Borderline-Patienten bewegen sich meist in sehr „rigiden“ Denk- und Verhaltensmustern. Dadurch ist ihr Zugang zum Leben, zu sich

selbst und zur Problemlösung begrenzt (M. M. Linehan, 1996a). Je rigider die Muster das Leben verwalten, umso „provokanter“ müssen die Irritationen des Therapeuten sein. Natürlich darf der therapeutische Prozess nur so weit aus dem Gleichgewicht gebracht werden, dass sich danach wieder ein neues Gleichgewicht herstellen lässt.

Zwei Komponenten sind Voraussetzung für die Effektivität einer respektlosen Kommunikation. Erstens muss die Respektlosigkeit „echt“ sein, und zweitens muss sie in einem Mantel von Mitgefühl, Sorge und Wärme eingebettet sein.

Gleichberechtigung und Respektlosigkeit sind in der DBT zu einer stilistischen Struktur verwoben. Keine von beiden allein oder unausgewogen angewandt, repräsentiert die DBT.

Radikale Beziehungsakzeptanz

Die Beziehung scheint eine wichtige Voraussetzung für Veränderungsprozesse zu sein. In der DBT wird sie explizit dazu eingesetzt, Verhalten zu modifizieren. Grundsätzlich sollte man bei der Behandlung von Personen mit einer Borderline-Störung jedoch immer ein wachsames Auge auf die Bindungsstärke haben. Ein scheinbar guter Beziehungskredit kann durch aktuelle Belastungen auf Seiten des Patienten schnell inflationär verbraucht sein. Die meisten DBT-Strategien berücksichtigen und fördern die therapeutische Beziehung. Es kann jedoch im Laufe einer Therapie erforderlich werden, besonders auf die Beziehung abzuheben und gezielt spezifische Beziehungsstrategien einzusetzen.

Um in fragile, gefährdete Beziehungsprozesse wirksam eingreifen zu können, spielt die Akzeptanz eine ganz entscheidende Rolle. Sie bedeutet zunächst für den Therapeuten, sich auf eine schmerzliche Situation bzw. ein leidvolles Leben einzulassen. Es bedeutet aber auch, ggf. gemeinsam mit dem Patienten zu leiden und nicht unter dem Druck Schmerzen zu vermeiden, den aktuellen Zustand des Patienten mit allen Mitteln verändern zu wollen. Auch muss uns Therapeuten in diesem Störungsfeld bewusst sein, dass wir mit traumatischem Material konfrontiert und belastet werden. Als weiterer Belastungsfaktor der therapeutischen Beziehung ist die Instabilität per se zu nennen. Unerwartete, heftige und radikale Scherbewegungen in Richtung Distanz innerhalb der Beziehungen gehören regelhaft dazu. Die Beweggründe hierfür sind mannigfaltig, die „Strategien“, den Therapeuten in Distanz zu bringen, stellen eine akzeptierende Haltung des Therapeuten oftmals auf eine harte Probe. Entgegengebrachtes Misstrauen über Kritik bis hin zur Feindseligkeit oder Rückzug im Sinne einer aktiv passiven Bewegung. Dahinter steht nicht zuletzt ein bunter Strauß aversiver Emotionen wie Wut, Ohnmacht, Scham, Schuld, die weder kommuniziert noch in einem ausreichenden Maße reguliert werden können, so dass die Beziehung in Gefahr ist. Der Therapeut ist also in einem besonderen Maße gefordert, eine radikal akzeptierende Haltung einzunehmen. Linehan bezeichnet die Beziehungsakzeptanz als „radikal“, weil sie nicht abwägend eingesetzt werden kann. „Eine radikale Akzeptanz sucht sich nicht aus, was sie akzeptiert und was nicht“ (M. M. Linehan, 1996a).

Strategien im Kontext von Entwicklungsdefiziten

Bei der Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Störung müssen wir davon ausgehen, dass bei den Patienten Entwicklungsdefizite vorliegen. Der Vermittlung von

Fertigkeiten, insbesondere aus dem Selbstwertmodul, kommt hier eine große Bedeutung zu. Aber nur mithilfe einer korrigierenden Beziehungserfahrung können die Wunden der Vergangenheit nachhaltig heilen. Die Grundhaltung in der DBT ist daher geprägt von Mitgefühl, Sensibilität, Flexibilität, Wertneutralität, Akzeptanz und Geduld (M. M. Linehan, 1996a). Diese annehmende Haltung lässt sich nicht alleine in der Rubrik von „Strategien“ subsumieren. Diese annehmende Grundhaltung basiert auf generellen Grundannahmen über den Menschen, die von Respekt, Wertschätzung und Mitgefühl geprägt sind. Diese Grundannahmen sind sicherlich kein Sonderstellungsmerkmal der DBT, aber sie bekommen im Kontext der Borderline-Störung eine besondere Bedeutung zugeschrieben. Durch die der Störung innewohnenden Verhaltensmuster wird die Beziehung in einem besonderen Maße auf die Probe gestellt. Die Grundannahmen der DBT (siehe unten) können als eine Art Prüfstand gesehen werden, ob die Voraussetzungen für einen tragfähigen Beziehungsaufbau bestehen. Inwieweit Bindungsstil des Therapeuten und Passung für die Korrektur ungünstiger Beziehungserfahrungen relevant sind, ist fraglich. Negative Beziehungserfahrungen sollten aber möglichst in der Therapie vermieden werden. Im besonderen Maße kommt hier den Therapieabbrüchen durch den Therapeuten eine besondere Bedeutung zu. Eine außerordentliche Beendigung der Therapie von Seiten des Therapeuten sollte daher immer eine Teamentscheidung sein und die möglichen negativen Auswirkungen für den Patienten berücksichtigen.

Beziehung aus Sicht des Therapeuten

Mindestens genauso wichtig wie die Entwicklung einer tragfähigen Bindung auf Seiten des Patienten ist die Bindung des Therapeuten zum Patienten. Therapeuten fühlen sich bei der Behandlung von Borderline-Patienten oft über die Maßen emotional belastet. Eine ambivalente oder gar ablehnende Position gegenüber dem Patienten wird sich durch Auslassungen oder direkte Handlungen mitteilen und die Beziehung in dieser ersten sensiblen Phase beeinträchtigen oder gefährden. In der Anfangsphase der Behandlung kommt es zu den größten Herausforderungen. Suizidalität, selbstverletzendes und/oder fremdaggressives Verhalten stellen für den Behandler größte Belastungen dar (Jobst, Horz, Birkhofer, Martius, & Rentrop, 2010; Menninger, 1991). Hieraus lässt sich zumindest anteilig die hohe Abbrecherquote (bis zu 67 %) in der ambulanten Therapie ableiten (Skodol, Buckley, & Charles, 1983).

In Unkenntnis der komplexen Vorgeschichte ist es zunächst nahezu unmöglich, eine „komplementäre Beziehung“ zu gestalten oder kann aufgrund inkongruenter Schemata bei den Patienten zu starken Schwankungen führen (Bohus, 2008).

Die Konzentration auf suizidales Verhalten, therapiegefährdendes Verhalten und Gefühle bezüglich der Beziehung vereinfachen hier die Orientierung auf die therapeutische Beziehung. Um hier als Therapeut nicht die Orientierung zu verlieren, sind Beratungsteams und Supervision notwendige und unterstützende Elemente der Behandlung.

Ein wichtiger Aspekt der Beziehungsakzeptanz ist die Tatsache, dass der Therapeut Fehler machen wird. Eine Gefährdung der Beziehung geht jedoch gar nicht so sehr von den Fehlern per se aus, sondern ist Folge eines ungünstigen Umgangs mit den gemach-

ten Fehlern. Versucht der Therapeut sein Verhalten in einen Kontext zu stellen, in dem alles richtig erscheint, wird der Patient im Zweifelsfalle vor dem Hintergrund seiner Lerngeschichte den Fehler bei sich suchen. In diesem Fall erscheint der Therapeut im Lichte der Unfehlbarkeit. Dies verstärkt den ohnehin geringen Selbstwert des Patienten, Scham wird aktiviert.

Die DBT erkennt das Fehlverhalten des Therapeuten als Chance, dem Patienten eine wichtige Lernerfahrung zu offerieren. Die Botschaft ist, dass Beziehungen repariert werden können. Aufgabe des Therapeuten muss also sein, den Fehler zu erkennen, ihn zu benennen und diesen geschickt und gründlich wiedergutzumachen.

Therapeutische Beziehung in Abhängigkeit vom Patienten

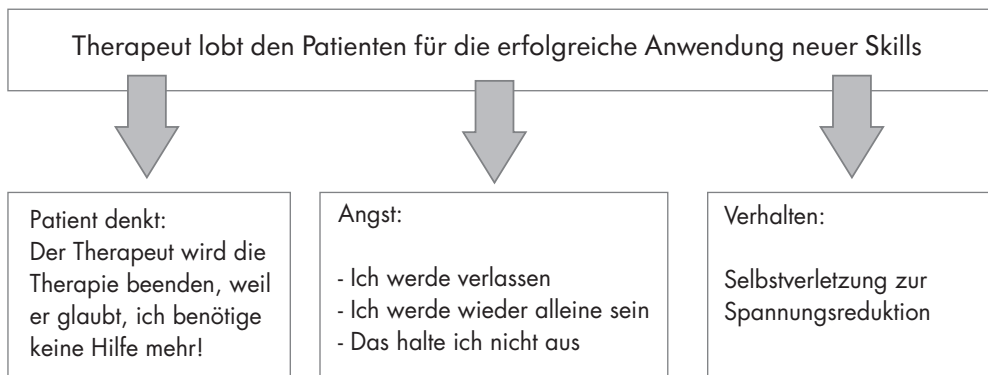
Linehan beschreibt zwei Patientengruppen. Die „Sprunghaften“, die sich nur sehr schwer auf die Therapie einlassen können. Sie messen der therapeutischen Beziehung nur wenig Wichtigkeit bei. Diese Personen haben oft in ihrem sozialen Umfeld ein oder zwei wichtige Beziehungen, die sie auf keinen Fall gefährden wollen.

Die anhänglichen Patienten sehen im Therapeuten häufig die wichtigste Bezugsperson. Sie brechen nur selten eine Therapie ab. Schwierigkeiten in der therapeutischen Beziehung sind meist von Beginn an ein zentrales Thema.

Tendenziell lassen sich hier gewisse Strategien zur Beziehungsgestaltung ableiten. So ist eine enge Beziehung kein zwingender Verstärker bei „flatterhaften“ Patienten.

Doch ein rigides komplementäres Verhalten des Therapeuten vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Bedeutungszuschreibungen bezüglich der therapeutischen Beziehung ist gefährlich. Diese Bedeutungszuschreibungen sind unter Umständen extrem kontextabhängig. Lob, Wärme, Ratschläge, Fürsorglichkeit, Anspornung, Glaube an die Patienten, Kontakte und Verfügbarkeit können verstärkend wirken oder auch nicht.

Grundsätzlich sollte man sich vergegenwärtigen, dass Patienten vor dem Hintergrund ihrer früheren Beziehungserfahrungen sehr interindividuell unterschiedliche Reaktionen auf spezifische Beziehungsstrategien zeigen können. Ein Patient könnte auf Lob beispielsweise wie folgt reagieren:



Therapeutische Beziehung und Generalisierung

Probleme innerhalb einer Beziehung sind fester Bestandteil im Leben eines Borderline-Patienten. Die Therapie bietet dem Patienten die Möglichkeit, ungünstige Beziehungsannahmen, -erwartungen und -verhaltensmuster zu erkennen, zu analysieren und zu korrigieren bzw. alternatives Verhalten zu erlernen. Vor dem Hintergrund der exklusiven und geschützten Struktur einer therapeutischen Beziehung ist es jedoch nicht implizit, dass das neu erworbene Verhalten auf andere Beziehungen transferiert werden kann. Natürlich ist zu beachten, dass sich die therapeutische von der „echten“ Beziehung unterscheidet. Ein Vergleich zwischen den alltäglichen und der therapeutischen Beziehung kann aber verdeutlichen, was der Patient sich für eine Beziehung wünscht und was ihm fehlt. Lösungsansätze, die in der therapeutischen Beziehung gefunden wurden, können ob ihrer Brauchbarkeit im Alltag überprüft werden. Der Therapeut achtet darauf und hilft dem Patienten dabei, dass nützliche, neu erlernte Verhaltensweisen auf andere Beziehungen übertragen werden.

Problemlösen in der Beziehung

Die DBT geht davon aus, dass es sich bei der therapeutischen Beziehung um eine „echte“ Beziehung handelt. Diese Grundannahme beinhaltet gleichzeitig, dass beide Partner die Ursache eines Problems sein können. Ein Problem hat also nicht alleine der Patient, sondern kann genauso bei dem Therapeuten lokalisiert werden.

Zunächst sollten wir uns vergegenwärtigen, wann eine Beziehung ein Problem hat bzw. wie wir es erkennen. Zentrales Moment einer Beziehung ist die Zufriedenheit. D. h., wann immer der eine oder andere Beziehungspartner unzufrieden ist, sollte der therapeutische Fokus auf die Beziehung gerichtet werden und Strategien zur Problemlösung zur Anwendung kommen.

Die oben beschriebene Grundannahme ist Voraussetzung für ein konstruktives Herangehen. Die Beziehungspartner können das Problem nur gemeinsam bewältigen. Die Motivation zur Lösung eines Beziehungsproblems und der Glaube an die Machbarkeit müssen vom Therapeuten authentisch modelliert werden.

Nonverbale Kommunikation und therapeutische Beziehung

Wir sind es gewohnt, dass wir die nonverbalen Signale unseres Beziehungspartners als wichtigen und verlässlichen kommunikativen Aspekt innerhalb der Beziehung verarbeiten. Das heißt, dass wir implizit davon ausgehen, dass die mimischen Signale, die vom Sender ausgehen, mit den emotionalen Befindlichkeiten kongruent sind.

Wir wissen, dass Borderline-Patienten absolute Experten sind, wenn es um die Dekodierung dieser mimischen Signale geht (Bohus, 2002). Dies offenbart sich nicht selten in der therapeutischen Beziehung darin, dass die Patienten bereits diskrete mimische Hinweise auf eine Emotion des Therapeuten zu lesen vermögen. Eine Fähigkeit, die oft aus der Not heraus geboren wurde. Die große Mehrheit der Borderline-Patienten wuchs in einem Umfeld auf, in dem von den engen Bezugspersonen Gefahr drohte. In diesem

Kontext ist es natürlich sinnvoll, eben diese Gefahren möglichst rasch zu erkennen und entsprechende Maßnahmen zu ergreifen, um sich so weit möglich zu schützen. Auf der anderen Seite hatte es sich lerngeschichtlich als nicht nützlich bzw. schädlich erwiesen, Emotionen zu zeigen. Ein invalidierendes Umfeld sorgte für einen Vertrauensverlust in der eigenen „emotionalen“ Welt und führte zu einer „Dissoziation“ von Mimik und Emotion. Die Verschaltung emotionaler Prozesse mit mimischen Mustern ist ein transgenerationales mehr oder weniger kulturell geprägtes Pattern, das in einigen Dimensionen genetisch veranlagt ist. Beispielsweise ist der mimische Ausdruck von Schmerz vom Tag der Geburt an zu beobachten. Das macht durchaus Sinn, da der in seinen Kommunikationsmöglichkeiten noch stark eingeschränkte Organismus für ihn vielleicht bedrohliche Zustände der Umwelt anzeigen kann. Die Fähigkeit, solche bewährte Pattern zu durchbrechen, zeugt von der großen Bedeutung und der entsprechenden Leistung des lernenden Gehirns eines Borderline-Patienten. Die Dekodierung mimischer Signale des Borderline-Patienten ist trügerisch. Hinter einem leichten Lächeln oder einem unberührten Ausdruck können sich emotionales Leid, starke Angst und Wut verbergen. Für die therapeutische Beziehung stellt dieses Phänomen eine große Herausforderung dar, da diese Diskrepanz zwischen innerem Erleben und nonverbaler Kommunikation den meisten Patienten nicht bewusst bzw. bekannt ist. Gewöhnlich reagieren Mitmenschen primär auf nonverbale Signale (Bohus, 2002). In der Folge fühlen sich die Borderline-Patienten nicht ernst genommen, nicht gesehen, nicht verstanden. Und hier beißt sich die Katze in den Schwanz. Zu Beginn einer Therapie muss es Ziel sein, eine gute Beziehung zu etablieren, vor deren Hintergrund der Patient das nötige Vertrauen generiert, auch aversive (z.B. Wut, Angst, Scham) Emotionen zu verbalisieren. Der Therapeut steht vor der Schwierigkeit, dass er diese wichtigen Emotionen nicht validieren kann, da er sie weder verbal noch nonverbal kommuniziert bekommt. Zunächst ist der Therapeut gut beraten, stärker auf die verbalen Signale zu reagieren und durch den Einsatz analytischer Strategien (z.B. Verhaltensanalysen) sich möglichst rasch über die subjektive Welt des Patienten zu orientieren. Im Laufe einer Therapie kann es dann zunehmend gelingen, durch Kalibrierungsprozesse nonverbale Signale richtig zu interpretieren. Zunächst sollte der DBT-Therapeut versuchen, eine Haltung gegenüber seinen Patienten zu generieren, bei der er ihre Patienten nicht bewertet. Hierzu zählen, die Verwendung eines beschreibenden Sprachstils, der nicht urteilt, eine wertschätzende Haltung und die Vermeidung von Schlussfolgerungen die über das beobachtbare Verhalten hinausgehen (Shearin & Linehan, 1992).

Die in der DBT standardmäßige Videographie der therapeutischen Stunden kann an dieser Stelle hervorragend als ein therapeutisches Mittel nutzbar gemacht werden. Der Patient wird angehalten, selbst zu überprüfen, ob er seine „innere“ Welt in einem ausreichenden und verständlichen Maße dem Therapeuten offenbart hat.

Berührung in der Psychotherapie

Das Thema körperlicher Kontakt in der Psychotherapie ist komplex und darüber hinaus durch unterschiedliche Aspekte belastet. Die Beziehungsgestaltung in der Psychotherapie hat eine Geschichte und ist in einer Gesellschaft und einer Kultur eingebettet. Sie steht

in einem Verhältnis zum therapeutischen Verfahren bzw. der Methode und ist abhängig vom persönlichen Stil des Therapeuten. Die Verhaltenstherapie arbeitet in der Regel ohne körperliche Berührung. Ein gewisses Ausmaß an körperlicher Berührung ist jedoch angesichts der „vermissten oder missbrauchten“ Nähe auf Seiten der Therapeuten wichtig. Die DBT empfiehlt, dass der körperliche Kontakt mit einem Patienten immer auch in der Öffentlichkeit möglich sein sollte. Tendenziell sollte er vorsichtig und kurz sein und immer Ausdruck für eine bestimmte therapeutische Beziehung.

Der körperliche Kontakt sollte sich im Rahmen der eigenen Grenzen bewegen und immer auf die Wünsche und Bedürfnisse der Patienten abgestimmt sein. Auf keinen Fall darf die Berührung sexuell sein oder einer jedweden Bedürfnisbefriedigung des Therapeuten dienen.

Unklare oder gestörte innere Präferenzen (inkl. Sexualität)

Borderline-Patienten leiden oft unter fluktuierenden, unscharfen oder gestörten (irritierten) Präferenzen. Hierdurch entsteht eine Orientierungslosigkeit und die Schwierigkeit, einen Ankerpunkt in sich selbst zu finden. Nicht selten wird die Peergroup zum Identifikationsobjekt. „Ich bin ein Bordi“ wird zum Ausdruck der verzweifelten Suche nach einem erträglichen und stabilen Selbstkonzept.

Im therapeutischen Setting kann bzw. muss vor diesem Hintergrund der Therapeut zum transienten Identifikationsobjekt werden. Die Attraktion, einen stabilen Fürsprecher für sich selbst zu haben, ist eine gute Voraussetzung zur Bildung einer tragfähigen Hintergrundbeziehung und therapeutisches Agens per se im Sinne der Ausbildung eines funktionalen Introjektes. In der Folge kommt es insbesondere zu Beginn der Therapie zu starken Impulsen, Wünschen, engen Kontakt zum Therapeuten zu halten. Das Mit-sich-alleine-Sein bedeutet einen Zustand der Instabilität bis hin zu schweren dissoziativen Zuständen. Wenige Tage Distanz vom Therapeuten können zu einem vollständigen Verlust der inneren Objektrepräsentanz führen. Es ist Aufgabe des Therapeuten, den Patienten dabei zu unterstützen, eine mentale Beziehung in Zeiten der Abstinenz des Therapeuten herzustellen, im Sinne einer Überbrückung der Abwesenheit durch sinnlich wahrnehmbare Objekte. Als hilfreich hat es sich erwiesen, Fotos aus dem Therapiezimmer, Tonaufnahmen oder kleine Geschenke dem Patienten mit an die Hand zu geben.

Es gehört mit zu den Aufgaben eines Therapeuten, das Thema der sexuellen Identitätsfindung aktiv einzubringen. Natürlich ist dieses Themenfeld bei Borderline-Patienten oft vermint. Doch auch wenn der Boden, auf dem eine gesunde sexuelle Entwicklung gedeihen kann, meist äußerst schlechten Bedingungen bis hin zu traumatischen Ereignissen ausgesetzt war, bleibt das Thema bei den doch meist sehr jungen Patienten von Interesse. Viele Patienten sind stark verunsichert und dankbar für Verhaltensleitlinien. Diese sind natürlich alleine selbst nicht identitätsstiftend, können aber als Orientierung ein gewisses Maß an Sicherheit geben. Das Behandlungsteam um Bohus in Mannheim hat eine Gruppe etabliert mit dem Arbeitstitel „Zurück ins Leben“. Hier beschäftigen sich die Patientinnen unter therapeutischer Anleitung mit den Themen Kleidung, Schminken, Ausgehen etc. Nur ein sicheres, sich selbst respektierendes Auftreten im Bereich der se-

xuellen Beziehungsaufnahme kann zu positiven Erfahrungen in diesem Bereich führen. Diese sind eine notwendige Voraussetzung dafür, dass sich langfristig eine positive sexuelle Identität herausbilden und etablieren kann.

Leitlinien für die therapeutische Beziehung

Linehan (M. M. Linehan, 1996a) hat die DBT- Strategien tabellarisch dargestellt. Im Folgenden sind jene aufgeführt, denen für die therapeutische Beziehung eine besondere Bedeutung zugeschrieben werden kann.

Grundannahmen

Die Grundannahmen sind eine wichtige Botschaft für den Grundstein einer therapeutischen Beziehung mit Borderline-Patienten. Jeder Therapeut sollte sich mit ihnen vertraut machen und vor ihrem Hintergrund eine verpflichtende Position einnehmen.

1. Patienten versuchen, das Beste aus ihrer verheerenden Situation zu machen
2. Patienten wollen sich verändern
3. Patienten müssen sich stärker anstrengen und härter arbeiten, um sich zu verändern, als wir
4. Patienten haben ihre Schwierigkeiten nicht alle selbst verursacht, aber sie müssen sie selber lösen
5. Das Leben suizidaler Borderline-Patienten ist so, wie es gegenwärtig gelebt wird, nicht auszuhalten
6. Patienten müssen neues Verhalten in vielen relevanten Dimensionen und Lebensbereichen erlernen
7. Patienten können in DBT nicht versagen
8. Therapeuten, die Borderline-Patienten behandeln, brauchen Unterstützung

Annahmen über die Therapie

Auch bei den Annahmen über die Therapie finden sich grundsätzliche Beziehungsaspekte.

1. Das Hilfreichste, was ein Therapeut tun kann, ist, seinen Patienten dabei zu helfen, sich so zu verändern, dass sie ihren *eigenen* Zielen näherkommen
2. *Klarheit, Genauigkeit und Mitgefühl* sind das Wichtigste bei der Durchführung von DBT
3. Die therapeutische Beziehung ist eine *Expertenbeziehung*
4. Die Gesetzmäßigkeiten des Verhaltens sind allgemein gültig und betreffen somit Therapeuten und Patienten gleichermaßen
5. Auch DBT-Therapeuten können erfolglos sein
6. Die DBT kann erfolglos sein, auch ohne dass der Therapeut versagt haben muss

Die Kommunikation

Die Kommunikation ist gleichberechtigt (4 Strategien)

- **Reaktionsbereitschaft**
 - Präsent bleiben
 - Patientenanliegen ernst nehmen
 - Reaktion zeigen
- **Selbstöffnung unter der Prämisse, dass sie dem Patienten hilft.** Der Therapeut klärt den Patienten über die Selbstöffnung auf. Dies ist ein entscheidender Beitrag, um den Umgang mit den Grenzen seines Gegenübers und den eigenen Grenzen zu erlernen.
 - Ichbezogene Selbstöffnung
(Aussagen über seine persönlichen Reaktionen auf den Patienten)
 - Personenbezogene Selbstöffnung (Ich bin Verhaltenstherapeut, verheiratet ...)
 - Offene Aussprachen
- **Warmherzige Anteilnahme**
- **Echtheit**

Therapiegefährdendes Verhalten

Der Therapieerfolg kann sowohl von Seiten des Patienten wie auch von Seiten des Therapeuten gefährdet werden. Nicht alle Verhaltensweisen, die die Therapie gefährden, haben etwas mit der therapeutischen Beziehung zu tun.

Verhaltensweisen, die den Therapeuten überfordern, sind jedoch in besonderem Maße relevant. Schon zu Beginn der Therapie sollte deutlich gemacht werden, dass es wichtig ist, sich so zu verhalten, dass der Therapeut dem Patienten die benötigte Hilfe und Unterstützung geben kann und will. Jeder Patient kann es mit einem entsprechenden Verhalten schaffen, dass der Therapeut eine weitere Therapie verweigert.

Seitens des Patienten

- Verhalten, das gefährdet, Therapie zu bekommen
- Verhalten, das mit anderen Patienten kollidiert
- Verhalten, das zum „Burn-out“ des Therapeuten führt
- Verhalten, das die Grenzen des Therapeuten verletzt
- Verhalten, das den Therapeuten demotiviert

Seitens des Therapeuten

- Verhalten, das die Therapie aus der Balance bringt
- Respektloses Verhalten

Therapiegefährdende Verhaltensweisen des Patienten

1. Verhaltensweisen, die die persönlichen Grenzen des Therapeuten überschreiten

- Weigerung, Strategien anzuwenden, die der Therapeut als sinnvoll erachtet
- Den Therapeuten zu häufig anrufen
- Den Therapeuten zu Hause aufsuchen oder Kontakt mit seiner Familie aufnehmen
- Eine Lösung für Probleme verlangen, die der Therapeut nicht lösen kann
- Häufigere oder längere Sitzungen verlangen, als der Therapeut leisten kann
- Mit dem Therapeuten in einer übertriebenen persönlichen oder familiären Art und Weise umgehen; sexuell provozierendes oder verführerisches Verhalten
- In den Privatbereich des Therapeuten eindringen
- Den Therapeuten oder Mitglieder der Familie bedrohen

Die Grenzen des Therapeuten müssen individuell bestimmt werden! Sie sind ein soziales Konstrukt. Bedeutsam ist ein Höchstmaß an Transparenz.

2. Verhaltensweisen, die die Motivation des Therapeuten reduzieren

Die Motivation hängt von der Verstärkung ab auf Seiten des Patienten und des Therapeuten. Fortschritt ist der wichtigste Verstärker für den Therapeuten.

- Verpassen von Sitzungen
- Fehlende Mitarbeit
- Compliance und das Überschreiten von Grenzen (Drohungen)
- Ungeduld; Bemerkungen, dass der Therapeut nicht gut ist
- Kritik an der Person oder der Persönlichkeit des Therapeuten
- Kritik an den Wertvorstellungen, am Arbeitsplatz oder der Familie des Therapeuten
- Fehlende Dankbarkeit oder Anerkennung für die Anstrengungen des Therapeuten
- Unfähigkeit oder Unwilligkeit, bestehende Fortschritte anzuerkennen
- Vergleiche des Therapeuten mit anderen Therapeuten, die als besser eingeschätzt werden

Therapiegefährdende Verhaltensweisen auf Therapeutenseite

- Persönliche Umstände wie Belastungssituationen zu Hause oder am Arbeitsplatz; zu wenig Schlaf, Krankheit
- Zeitliche Überbeanspruchung
- Die klinische Arbeit wird auf einen bestimmten Zeitabschnitt in der Woche beschränkt, so dass Anforderungen in diesem Bereich zu anderen Zeiten als störend empfunden werden (dies ist besonders dann ein Problem, wenn man wissenschaftlich arbeitet)
- Unsicherheit bei den eigenen Fähigkeiten als Therapeut, insbesondere im Vergleich mit anderen Teammitgliedern
- Die eigene Patientin wird mit anderen verglichen und scheint als Einzige keine Fortschritte zu machen, während alle anderen Patientinnen weiterzukommen scheinen
- Wut, Feindseligkeit und Frustration werden gegen die Patientin gerichtet

- Eine Haltung, die „dem Opfer die Schuld gibt“, insbesondere wenn man das Verhalten der Patientin nur noch in dieser Richtung interpretieren kann
- das Gefühl, von der Patientin in die Ecke gedrängt zu werden oder die Kontrolle über die Therapiesituation zu verlieren
- Angst, verklagt zu werden
- Angst und/oder Panik, dass die Patientin Suizid begehen könnte
- Eine unrealistische Einschätzung dessen, was man in einem bestimmten Zeitraum erreichen kann mit entsprechend überhöhten Erwartungen an die Patientin
- Ungleichgewicht von Veränderung und Akzeptanz
- Ungleichgewicht von Flexibilität und Stabilität – Anpassung des therapeutischen Vorgehens in flexibler Weise an die Gegebenheiten unter Beibehaltung des therapeutischen Fokus
- Ungleichgewicht von Unterstützung und Forderung nach Veränderung (Therapeut trifft die Patientin in einem Café, weil sie zu ängstlich ist, um in seine Praxis zu kommen)
- Ungleichgewicht zwischen reziproker und respektloser Kommunikation

Respektloses Therapieverhalten

- Termine fallen aus oder werden vergessen
- Absagen von Terminen, ohne einen neuen Termin auszumachen
- Willkürliche Abänderung von Vereinbarungen mit dem Patienten (Telefonate, Gebühren, Termine)
- Keine oder verspätete Antwort auf Nachrichten oder Anrufe
- Verlieren von Unterlagen / Akten / Aufzeichnungen
- Aufzeichnungen / Unterlagen der Patienten werden nicht gelesen
- Zu den Sitzungen zu spät kommen
- Unprofessionelles Auftreten oder Kleidung
- Unsauberkeit
- Unordentlicher oder unsauberer Arbeitsplatz
- Rauchen während der Sitzung
- Essen oder Kaugummikauen während der Sitzung
- Tür während der Sitzung offen stehen lassen
- Unterbrechungen durch Telefonanrufe zulassen
- Unaufmerksamkeit oder „abgelenkt sein“ während der Sitzungen oder Telefonate
- Vergessen wichtiger Informationen (Namen, Hintergrundinformationen)
- Sich wiederholen; Vergessen von bereits Gesagtem
- Sichtbare Müdigkeit
- Einschlafen während der Sitzung
- Vermeidung von Augenkontakt
- Sprechen über andere Patienten
- Mitteilung, dass man lieber etwas anderes tun würde
- Auf die Uhr sehen während der Sitzung
- Vorzeitige Beendigung der Sitzung
- Sexistischer, patriarchalischer oder matriarchalischer Umgang mit dem Patienten
- Herablassende Behandlung der Patientin

Therapieförderliche Verhaltensweisen

- Um Hilfe bitten, um Suizid oder Parasuizid zu verhindern
- Vorschläge für Verhaltensänderung ausprobieren
- Bei einem Telefongespräch fragen, ob der Therapeut Zeit hat, ein Nein akzeptieren
- Damit umgehen können, wenn ein Telefongespräch einmal kürzer als gewünscht ist
- Vereinbarungen mit dem Therapeuten einhalten
- Anrufen, um einen Termin abzusagen
- Sinn für Humor haben oder zumindest den Humor des Therapeuten akzeptieren

Zusammenfassung

Die therapeutische Beziehung ist ein komplexes und schwieriges theoretisches Konstrukt, das in Abhängigkeit von diversen Variablen steht. Aufgrund der instabilen Kontextvariablen (Gesellschaft, Kultur etc.) muss sie immer ob ihrer Stimmigkeit überprüft werden. Sie gehört zu den Grundlagen einer Therapie und hat einen nicht unerheblichen Einfluss auf den Therapieerfolg. Die Behandlung von Borderline-Patienten muss spezifische Beziehungsaspekte wie die Erwartungshaltung und unterschiedliche Bedürfnisse der Patienten sowie einen habituierten, zeitweise instabilen Interaktionsstil berücksichtigen. Die Beziehungsgestaltung muss sich hauptsächlich am Patienten orientieren. Dies kann nur über eine transparente, validierende, dialektische, individuelle, ausbalancierende (Akzeptanz, Veränderung, Rigidität, Flexibilität) Position geschehen. D. h., vor dem Hintergrund einer tragfähigen Beziehung verhält sich der Therapeut in Orientierung an den aktuellen Möglichkeiten, Bedürfnissen und Notwendigkeiten des Patienten. Der DBT-Therapeut ist in einem hohen Maße gefordert, zwischen unterschiedlichen diametralen Polen die Beziehung zu balancieren. Die Akzeptanz und das Drängen auf Veränderung, das Einhalten von Regeln und eine gebotene Flexibilität sowie eine stützende wie wohlwollende Haltung umspannen ein breites interaktionelles Feld. In diesem Spannungsfeld ist es nahezu ausgeschlossen, eine konfliktlose therapeutische Beziehung zu etablieren. In diesem schier unlösbar erscheinenden Dilemma verstehen sich DBT-Therapeuten als authentisches und emotional greifbares Gegenüber. Ein zentrales Moment in der Beziehungsgestaltung ist die Abstraktion von Verhalten und Person. Während der Therapeut eine stabile und validierende Position zur Person etabliert, sind die therapeutischen Veränderungsstrategien überwiegend an das Verhalten des Patienten adressiert.

Literatur

- Bedics, J.D., Atkins, D.C., Comtois, K.A. & Linehan, M.M. (2012a). Treatment differences in the therapeutic relationship and introject during a 2-year randomized controlled trial of dialectical behavior therapy versus nonbehavioral psychotherapy experts for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 66-77.
- Bedics, J.D., Atkins, D.C., Comtois, K.A. & Linehan, M.M. (2012b). Weekly therapist ratings of the therapeutic relationship and patient introject during the course of dialectical behavioral therapy for the treatment of borderline personality disorder. *Psychotherapy (Chic)*, 49, 231-240.

- Bohus, M. (2015). Soziale Kognitionen und positive Emotionen bei BPD. Was wissen wir heute?. Unveröffentlichtes Tagungsskript. 15. DBT-Netzwerktreffen vom 08.05.2015
- Bohus, M. (2002). Borderline-Störung. Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Bohus, M. (2008). Borderline-Störungen. In M. Hermer & B. Röhrle (Eds.), Handbuch der therapeutischen Beziehung (pp. 1079-1104). Tübingen: dgvt verlag.
- Bohus, M., Dyer, A.S., Priebe, K., Kruger, A., Kleindienst, N., Schmah, C., Niedtfeld, I. & Steil, R. (2013). Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: a randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 221-233.
- Bohus, M. & Schmah, C. (2007). [Psychopathology and treatment of borderline personality disorder]. *Nervenarzt*, 78, 1069-1080; quiz 1081.
- Bohus, M. & Wolf-Arehult, M. (2013). Interaktives SkillsTraining für Borderline-Patienten. Das Therapeutenmanual (Vol. 2). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Caspar, F. (2003). Psychotherapiemotivation des Patienten, Therapeut-Patient-Beziehung im Psychotherapieprozess und Entwicklungsprozesse des Therapeuten. In E.E. Leibing, W. Hiller & S. Sulz (Eds.), *Lehrbuch der Psychotherapie, Ausbildungsinhalte nach dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) (Vol. 2, pp. 67-84)*. München: CIP Medien.
- Caspar, F., Herpertz, S. C. & Mundt, C. (2008). Was ist Psychotherapie? In S. C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Eds.), *Störungsorientierte Psychotherapie (Vol. 1. Auflage, pp. 782)*. München, Jena: Urban & Fischer.
- Flückinger, C., Horvath, A.O., Del Re, A.C., Symonds, D. & Holzer, C. (2015). Bedeutung der Arbeitsallianz in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 60.
- Fossati, A., Novella, L., Donati, D., Donini, M. & Maffei, C. (2002). History of childhood attention deficit/hyperactivity disorder symptoms and borderline personality disorder: a controlled study. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 369-377.
- Herpertz, S.C. (2002). Biologische Störungsmodelle. In S.C. Herpertz & H. Saß (Eds.), *Persönlichkeitsstörungen (pp. 17-26)*. Stuttgart, New York: Thieme.
- Horvath, A.O., Del Re, A.C., Fluckiger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)*, 48, 9-16.
- Jobst, A., Horz, S., Birkhofer, A., Martius, P. & Rentrop, M. (2010). [Psychotherapists' attitudes towards the treatment of patients with borderline personality disorder]. *Psychotherapie Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 60, 126-131.
- Kliem, S., Kroger, C. & Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 78, 936-951.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Linehan, M.M. (1993a). Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: implications for the treatment of substance abuse. *NIDA Res Monogr*, 137, 201-216.
- Linehan, M.M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Linehan, M.M. (1996a). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Linehan, M.M. (1996b). *Trainingsmanual zur Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.

- Linehan, M.M. (1997). Validation and psychotherapy. In A. Bohard & L. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New Directions in psychotherapy* (pp. 353-392). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lynch, T.R., Chapman, A.L., Rosenthal, M.Z., Kuo, J.R., & Linehan, M.M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: theoretical and empirical observations. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 62, 459-480.
- Lynch, T.R., Frost, W.T., Salsman, N. & Linehan, M.M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 181-205.
- Mayer-Bruns, F., Böhme, R. & Frank, U. (2003). Supervision in der Dialektisch Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung (DBT). *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 3.
- Menninger, W.W. (1991). Patient suicide and its impact on the psychotherapist. *Bull Menninger Clin*, 55, 216-227.
- Reicherzer, M. (2013). Persönlichkeitsstörungen. In M. Rentrop, R. Müller & H. Willner (Eds.), *Klinikleitfaden Psychiatrie Psychotherapie* (Vol. 5, pp. 402-417). München: Elsevier Urban & Fischer.
- Rentrop, M. Reicherzer, M. & Bäuml, J. (2007). *Psychoedukation Borderline-Störung. Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen*. München, Jena: Urban & Fischer.
- Robins, C.J. & Koons, C.R. (2000). The therapeutic relationship in dialectical behavior therapy. In A. N. Sabo & L. Havens (Eds.), *The real world guide to psychotherapy practice* (pp. 237-266). Cambridge: Harvard Press.
- Sachse, R. (2006). *Therapeutische Beziehungsgestaltung* (Vol. 1). Göttingen, Bern, Wien, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hogrefe.
- Shearin, E.N. & Linehan, M.M. (1992). Patient-therapist ratings and relationship to progress in dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 23, 730-741.
- Skodol, A.E., Buckley, P. & Charles, E. (1983). Is there a characteristic pattern to the treatment history of clinic outpatients with borderline personality? *The Journal of nervous and mental disease*, 171, 405-410.
- Zanarini, M.C., Yong, L., Frankenburg, F.R., Hennen, J., Reich, D.B., Marino, M.F. & Vujanovic, A.A. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *The Journal of nervous and mental disease*, 190, 381-387.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Markus Reicherzer
CIP Akademie | Centrum für Integrative Psychotherapie
Rotkreuzplatz 1 | 80634 München
markus.reicherzer@cip-akademie.de