

Martin Bohus, Antje Krüger und Kathlen Priebe

# Psychotherapie der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung – DBT-PTSD

Psychotherapy of Posttraumatic Stress Disorder in patients with Borderline Personality Disorder – DBT-PTSD

Etwa 60 % der klinisch behandelten Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen leiden an einer schwerwiegenden Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Auch erfolgreiche Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) erfordert bei dieser Klientel zusätzliche Behandlung. In Kooperation mit M. Linehan wurde am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim, ein dreimonatiges stationäres Behandlungsprogramm entwickelt (DBT-PTSD). Es basiert auf den Prinzipien und Regeln der stationären DBT und integriert traumaspezifische Behandlungsmodule wie Expositionsverfahren, Bearbeitung von Schuld, Scham und Ekel sowie Körpertherapie. Die Wirksamkeit von DBT-PTSD wurde im Rahmen einer kontrolliert randomisierten Studie überprüft. Es zeigten sich hohe Effektstärken ( $d=1.4$ ) und gute Remissionsraten. Von besonderer Bedeutung scheint zu sein, dass weder der Schweregrad der Borderline-Störung noch die Anzahl der Selbstverletzungen zu Beginn der Therapie den Verlauf negativ beeinflussten. Derzeit wird dieses Behandlungsprogramm unter ambulanten Bedingungen überprüft.

## Schlüsselwörter

Borderline-Persönlichkeitsstörung – Komorbidität – Posttraumatische Belastungsstörung – Dialektisch-Behaviorale Therapie

*Approximately 60 % of clinically treated patients with Borderline Personality disorders suffer from severe posttraumatic stress disorder (PTSD). Even successful standard Dialectical Behavior Therapy (DBT) requires additional treatment with these clients. In cooperation with M. Linehan at the Central Institute for Mental Health, Mannheim a three-month inpatient treatment program has been developed. It is based on the principles and rules of inpatient DBT and integrates trauma-specific treatment modules such as exposure procedures, processing of dysfunctional guilt, shame and disgust, as well as body therapy. The efficacy of DBT-PTSD was examined in a randomized controlled trial. The data revealed large effect sizes ( $d=1.4$ ) and good response rates. It seems of particular importance that neither the severity of Borderline Personality Disorder nor the number of self-harm behavior at the beginning of the therapy had adversely affected treatment outcome. Currently, this treatment program is evaluated on an outpatient basis.*

## Keywords

*Borderline Personality Disorder – comorbidity – Posttraumatic Stress Disorder – Dialectical Behavior Therapy*

## Einführung

Komorbide Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist ein häufiges Syndrom bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS). Klinisch behandelte Patientinnen zeigen eine Prävalenz von etwa 60 %, in Felduntersuchungen liegt diese bei etwa 30 % (Pagura et al., 2010; Zanarini et al., 1998). Im Vergleich zu Patienten ohne PTBS findet sich bei dieser Population eine größere Anzahl an Suizidversuchen, höhere Hospitalisierungsraten, höhere Komorbidität mit weiteren Achse-I-Störungen sowie stärkere dissoziative Symptomatik (Harned, Rizvi & Linehan, 2010; Pagura et al., 2010; Zlotnick et al., 2003). Zudem ist die Remissionsrate der BPS bei komorbider PTBS deutlich reduziert (Zanarini et al., 2004). Trotz dieser klinischen Bedeutung ist die empirisch gesicherte Datenlage zur psychotherapeutischen Behandlung der PTBS bei komorbider BPS bislang gering. Über die adäquate Behandlung wird häufig sehr kontrovers diskutiert: Die Befürchtung, dass traumafokussierende Therapie chronisch suizidale Borderline-Patienten destabilisieren würde, führte zumindest in Deutschland zum Konzept einer vorgeschalteten, häufig lang dauernden „Stabilisierung“. Die Postulate von Neuner (2008), dass die Datenlage nicht für die Notwendigkeit einer Stabilisierung für komplex traumatisierte Patienten spricht, stimulierten endlich eine längst fällige Diskussion. Auch die DBT trägt ihren Teil zu dieser Problematik bei. Wurde doch stets postuliert, dass die Patientinnen parasuizidale Handlungen, wie etwa Selbstverletzungen oder schwerwiegendes Krisenverhalten, im Griff haben müssten, bevor mit einer traumafokussierenden Therapie begonnen werden könnte. Nun gibt es aber eine Vielzahl von Patientinnen, die Selbstverletzungen einsetzen, um Intrusionen und Flashbacks oder schwere dissoziative Zustände zu beenden. Wäre es hier nicht sinnvoll, diese Problematik gezielt zu behandeln?

Therapeuten stehen mit der Herausforderung, entscheiden zu müssen, ab wann, und wenn ja, welches traumafokussierende Verfahren bei dieser Klientel eingesetzt werden kann und inwieweit dieses modifiziert werden sollte, bislang etwas allein.

Dieser Artikel gibt zunächst einen Überblick über die derzeitige Datenlage zur evidenzbasierten Therapie der PTBS bei Borderline-Patienten. Im zweiten Teil liegt der Schwerpunkt auf der Darstellung des neu konzeptualisierten und evaluierten Behandlungsprogramms, der DBT-PTSD.

## Klinisches Bild

Kernsymptome der BPS sind Störungen der Emotionsregulation, des Selbstkonzepts und der sozialen Interaktion. Die Betroffenen weisen eine Disposition zu intensiven Emotionen auf und verfügen nicht über ausreichende Fertigkeiten, diese Emotionen funktional (d.h. ohne den Einsatz von Problemverhaltensweisen wie selbstverletzendes Verhalten) zu regulieren. Klinisches Leitsymptom sind Zustände von rasch einschneidender, starker innerer Anspannung, die von den Betroffenen als schier nicht aushaltbar erlebt werden. Häufig gehen diese starken Anspannungszustände mit dissoziativer Symptomatik einher. Die meisten Borderline-typischen Verhaltensmuster wie Selbstverletzungen, Drogen- und Alkoholmissbrauch, Hochrisikoverhalten oder Ess-Brech-Anfälle können als dysfunktionale Bewältigungsstrategien verstanden werden. Das Selbstbild ist geprägt von chronischem Insuffizienzerleben, dem Gefühl der sozialen Isolation, Einsamkeit und

oft verzweifelter Sehnsucht nach Zuwendung. Emotionen wie persistierende Schuld und Scham sowie die intrinsische Gewissheit, „im Kern schlecht“ zu sein, erzeugen intensive Angst davor, dass sich der so sehnsüchtig gewünschte fürsorglich Liebende abwenden wird, sollte er dieser Abgründe gewahr werden. Die Folge sind heftige Beziehungskonflikte, geprägt von starker Oszillation (ich hasse dich, verlass mich nicht). Aber auch der Umgang mit anderen Sozialpartnern ist schwierig: Die Angst vor sozialem Ausschluss führt zu erhöhter Sensitivität für vermutete Zurückweisung, Hypermentalierung und paranoid anmutenden Fehlinterpretationen.

Die Frage nach den Ursachen ist nicht geklärt. Natürlich werden genetische Prädispositionen diskutiert, obgleich die Datenlage noch keine Evidenzen dafür hergibt. Eindrucksvoll hingegen ist die hohe Rate an zwischenmenschlicher Traumatisierung, insbesondere in Kindheit und Jugend: Etwa 80-90 % der Patienten berichten von emotionaler Vernachlässigung, körperlichen oder sexuellen Gewalterfahrungen.

Nicht wenige Kliniker sehen die BPS daher als schwere Form einer komplexen PTBS. Die Differenzierung ist tatsächlich schwierig: Die klassische PTBS stellt eine von vielen möglichen Reaktionen auf ein traumatisches Ereignis dar und ist durch die Symptomcluster Wiedererleben der belastenden Erinnerungen, Vermeidungsverhalten, emotionale Taubheit sowie Hypervigilanz und Übererregung gekennzeichnet. Bei der Entstehung der Symptomatik spielen Spezifika des Traumagedächtnisses, Konditionierungsprozesse und die Herausbildung ungünstiger Gedanken eine wichtige Rolle (vgl. Maercker, 2009). Das Vermeidungsverhalten wird als der zentrale aufrechterhaltende Faktor der PTBS angesehen.

Zur Beschreibung einer komplexen Traumafolgesymptomatik werden in der Literatur die Diagnosevorschläge der „komplexen PTBS“/„Disorder of extreme Stress not otherwise specified“ (DESNOS) und der „Entwicklungsstraumastörung“ diskutiert. Neben der PTBS-Kernsymptomatik werden bei der komplexen PTBS Störungen im Bereich der Emotionsregulation, der interpersonellen Fertigkeiten, der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins, des Glaubenssystems sowie somatische Symptome subsumiert (Herman, 1992). In einer kürzlich von der International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS; Cloitre et al., 2011) durchgeführten Expertenbefragung zur Symptomatik und Behandlung der komplexen PTBS wurden Störungen der Emotionsregulation und interpersonelle Probleme als typischste Merkmale der komplexen PTBS herausgestellt.

Auf wissenschaftlicher Ebene kann man ausführen, dass nur 30 % aller Borderline-Patienten an einer manifesten PTBS und umgekehrt nur etwa 50 % derjenigen, die an einer komplexen PTBS leiden, auch die Kriterien der BPS erfüllen. Eine komplette Übereinstimmung dieser beiden Störungsbilder muss also ausgeschlossen werden. Mit Hilfe welcher Kriterien eine valide Differenzierung erfolgen kann, muss die zukünftige Forschung zeigen.

## Metaanalysen und Behandlungsleitlinien

In Metaanalysen zu Psychotherapiestudien der PTBS konnten für traumafokussierende kognitiv-behaviorale Behandlungsverfahren und Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) große Effekte auf die posttraumatische Symptomatik ermittelt

werden (Bisson & Andrew, 2007). Entsprechend empfehlen Behandlungsleitlinien der PTBS kognitiv-behaviorale Verfahren und teilweise auch EMDR zur Behandlung der PTBS (Foa et al., 2009; Forbes et al., 2007; National Collaborating Centre for Mental Health, 2005). Innerhalb der kognitiv-behavioralen Behandlungsverfahren lassen sich dabei Verfahren mit einem Schwerpunkt auf die Exposition gegenüber den Erinnerungen (z. B. prolongierte Exposition) von Verfahren mit einem Schwerpunkt auf Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen (z. B. Cognitive Processing Therapy) und Verfahren, die kognitive und expositionsbasierte Elemente kombinieren (z. B. Kognitive Verhaltenstherapie), unterscheiden (vgl. Maercker, 2009).

Inwieweit die Ergebnisse der Metaanalysen auf die Behandlung der PTBS bei komorbider BPS übertragen werden können, ist jedoch unklar, da diese Patientengruppe aufgrund der typischen Ausschlusskriterien, wie z. B. Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten unterrepräsentiert ist (Bradley et al., 2005). Zudem wurden in den Studien Persönlichkeitsstörungen nur selten erfasst oder bei Vorliegen der Daten keine Subgruppenanalyse vorgenommen.

Dieser Mangel an Daten und die damit einhergehenden Probleme der Generalisierbarkeit auf Patienten mit einer Achse-II-Störung wird in Behandlungsleitlinien der PTBS fast durchgängig konstatiert. Zur Behandlung einer komplexen PTBS-Symptomatik werden verschiedene Modifikationsvorschläge aufgeführt, z. B. eine höhere Sitzungszahl, ein vorgeschaltetes Training der Emotionsregulation und ein graduiertes Vorgehen in der Exposition (Foa et al., 2009; Forbes et al., 2007; National Collaborating Centre for Mental Health, 2005). In der von der ISTSS veranlassten Expertenbefragung zur komplexen PTBS (Cloutre et al., 2011) wurde mehrheitlich eine phasenorientierte, multimodale Behandlung empfohlen. Als effektivste Interventionen wurden ein Training der Emotionsregulation und verschiedene Formen der Traumaexposition eingeschätzt.

## Ausgewählte Behandlungsstudien

In zwei Behandlungsstudien zur kognitiv-behavioralen Therapie der PTBS nach sexueller Gewalt im Erwachsenenalter fand sich bei Patienten ohne BPS im Vergleich zu denen mit BPS eine vergleichbare Reduktion der posttraumatischen Symptomatik (Feeny, Zoellner & Foa, 2002; Hembree, Cahill & Foa, 2004). Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass Patienten mit gegenwärtigem selbstverletzenden Verhalten ausgeschlossen wurden. Zudem wurde das Vorliegen der BPS zur Postmessung erfasst, so dass offenbleibt, ob Patienten mit komorbider BPS möglicherweise eine erhöhte Abbruchrate aufwiesen. Eine erhöhte Abbruchrate fand sich in der Behandlungsstudie zur PTBS nach Kindesmissbrauch von McDonagh et al. (2005), in der alle Patienten mit einer komorbiden BPS eine primär expositionsbasierte Therapie abbrachen.

Gerade vor dem Hintergrund der Stabilisierungstradition stellt sich die Frage, ob zur Behandlung der PTBS bei dieser Klientel eine Standardbehandlung der BPS ausreichend ist. Als Psychotherapie der Wahl zur Behandlung der BPS gilt die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT), deren Wirksamkeit durch eine Vielzahl randomisiert kontrollierter Studien belegt werden konnte (DGPPN, 2009). In der ersten Therapiephase (Stage I) stellt die Reduktion selbstschädigender Verhaltensweisen durch die Verbesserung der Emotionsregulation das zentrale Ziel dar. In der zweiten Therapiephase (Stage II) wird

der Fokus auf die Behandlung verschiedener Achse-I-Störungen gelegt, vorrangig geht es dabei um die Reduktion posttraumatischer Symptome (Linehan, 1996). In einer Studie, in der die Effekte einer Standard-DBT-Behandlung auf die PTBS-Symptomatik untersucht wurden, zeigte sich, dass die Standard-DBT für die Mehrheit der Borderline-Patienten mit PTBS (etwa zwei Drittel) nicht ausreichend ist (Harned et al., 2008). Bei etwa einem Drittel scheint dieses Vorgehen, d.h. ein Training der Emotionsregulation, jedoch zu einer deutlichen Reduktion der posttraumatischen Symptomatik zu führen. Daten zur Reduktion der PTBS-Symptomatik bei anderen störungsspezifischen Therapieansätzen (Mentalisierungsbasierte Therapie [Bateman & Fonagy, 2008] oder Schematherapie [Young, Klosko & Weishaar, 2010]) liegen nicht vor.

Zwar wird die Behandlung der posttraumatischen Symptome als zentrales Ziel der zweiten Therapiephase im DBT-Manual aufgeführt, das spezifische Vorgehen wurde bislang aber nicht genauer beschrieben. Verschiedene Arbeitsgruppen haben Behandlungsprogramme entwickelt, die Strategien der Emotionsregulation mit traumaspezifischen Interventionen kombinieren:

1. Im deutschsprachigen Raum wird diese Patientengruppe häufig nach dem Konzept der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT; Reddemann, 2011) behandelt. In der PITT nimmt die Arbeit mit Imaginationen und inneren Anteilen einen zentralen Stellenwert ein. In der Phase der Stabilisierung erlernen die Betroffenen Strategien zur Selbstberuhigung (z. B. „sicherer Ort“). An die Traumabearbeitung schließt sich eine Phase der Trauer und dem Entwickeln neuer Ziele an. Es liegen bislang keine Daten aus randomisiert kontrollierten Studien vor. In der Studie von Sachsse, Vogel und Leichsenring (2006) fanden sich nach zwei- bis viermonatiger stationärer Therapie, in der die Traumabearbeitung mit EMDR erfolgte, kleine Effekte auf die posttraumatische Symptomatik im Prä-post-Vergleich. In einer kontrollierten Studie waren nach sechswöchiger stationärer Therapie im Vergleich zu einer Warteliste keine signifikanten Veränderungen in der posttraumatischen und der dissoziativen Symptomatik festzustellen (Lampe et al., 2008). Eine Traumabearbeitung erfolgte in dieser Studie nur bei 11 % der Patienten. Dies unterstreicht erneut, dass eine rein „stabilisierende“ Behandlung zur Behandlung der PTBS bei den meisten Patienten nicht ausreichend ist.
2. Die Arbeitsgruppe um Cloitre hat eine zweiphasige Behandlung, bestehend aus acht Sitzungen Skillstraining und nachfolgenden acht Sitzungen Exposition, entwickelt. Die Wirksamkeit dieses Programms konnte in zwei randomisiert kontrollierten Studien bestätigt werden (Cloitre, Koenen, Cohen & Han, 2002; Cloitre et al., 2010). In der 2010 publizierte Studie zeigte sich, dass das Skillstraining mit nachfolgender Exposition einer supportiven Therapie mit nachfolgender Exposition und einem Skillstraining mit nachfolgender supportiver Therapie überlegen war. Auch die Bedingung „Skillstraining mit nachfolgender supportiver Therapie“ hatte große Effekte auf die posttraumatische Symptomatik, was erneut bestätigt, dass für einen Teil der Patienten ein Emotionsregulationstraining ausreicht. Es wird über keine Subgruppenanalyse zur Wirksamkeit bei Patienten mit einer komorbiden BPS (24 % der Stichprobe) berichtet.
3. In einem weiteren Ansatz wird eine leicht modifizierte Version der prolongierten Exposition als Ergänzung zur Standard-DBT durchgeführt. In einer kürzlich veröf-

fentlichten Prä-post-Studie an 13 Patienten mit komorbider BPS und PTBS konnte die Wirksamkeit bestätigt werden (Harned, Korslund, Foa & Linehan, 2012). Die Patienten erhielten eine einjährige Standard-DBT-Behandlung (d.h. mit wöchentlicher Einzeltherapie und Skillstraining). Die traumafokussierende Therapie wurde begonnen, sobald die Patienten für mindestens zwei Monate selbstschädigendes und therapiestörendes Verhalten eingestellt hatten. Eine Evaluation im Rahmen einer kontrollierten Studie liegt bislang nicht vor.

4. Von unserer eigenen Arbeitsgruppe wurde am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim in enger Kooperation mit M. Linehan ein multimodales Therapieprogramm spezifisch für Patienten mit komorbider BPS und PTBS, die DBT für PTBS, entwickelt (Bohus et al., 2011). Die DBT-PTSD ist im Gegensatz zu den bisher stark linear organisierten Programmen modular, d.h. mit „Wenn-dann-Algorithmen“ aufgebaut. Dies ermöglicht ein dynamisches Eingehen auf die stark fluktuierende Symptomatik und die Vielzahl an Alltagsproblemen und berücksichtigt zudem, dass die verschiedenen möglichen traumaassoziierten Gefühle, wie z.B. Angst, Scham, Schuld und Ekel, spezifische Interventionen erfordern. Die Ergebnisse einer Pilotstudie an 29 stationär behandelten Frauen mit PTBS nach Kindesmissbrauch sprechen für eine gute Wirksamkeit und Akzeptanz des Behandlungsprogramms (Steil et al., 2011). In einer kürzlich abgeschlossenen randomisiert kontrollierten Studie konnten die Ergebnisse bestätigt werden (Bohus et al., in press).

## Dialektisch-Behaviorale Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung (DBT-PTSD)

### Therapierational

Die DBT-PTSD kombiniert Prinzipien und Methoden der DBT mit traumaspezifischen kognitiven und expositionsbasierten Methoden. Die Behandlung ist in die Rahmenbedingungen einer Standard-DBT mit Verhaltens- und Lösungsanalysen, wöchentlichem Konsultationsteam sowie Supervision eingebettet. Als zentral wird der Abbau von PTBS aufrechterhaltender Meidung (d.h. Meidung von traumaassoziierten Gegenständen, Orten, Personen) und „Escape“ (d.h. Strategien zur Beendigung und Reduktion traumaassoziiierter primärer Gefühle, wie z. B. Dissoziation und selbstverletzendes Verhalten) angesehen. Durch die Auseinandersetzung mit den schmerzlichsten traumatischen Erinnerungen sollen aktuell nicht mehr angemessene Gefühle (z. B. Ekel, Angst) reduziert werden (Veränderung), während angemessenen Gefühlen (z. B. Wut, Trauer) Raum gegeben werden soll (Akzeptanz). Das zentrale Prinzip der DBT, eine Balance zwischen Verändern und Akzeptanz, kommt also auch in der DBT-PTSD zum Einsatz.

Die DBT-PTSD ist einerseits stark strukturiert und beinhaltet eine Orientierung an den Therapiephasen: 1. Abbau von Verhaltensweisen, die einen Therapiefortschritt behindern, 2. Exposition mit traumaassoziierten Erinnerungen und Triggern, 3. Erhöhen der Lebensqualität. Gleichzeitig stellen jedoch die beiden Prinzipien a) dynamische Hierarchisierung und b) modulare Therapie zentrale Aspekte dar. Die dynamische Hierarchisierung bedeutet, dass sobald bei dem aktuellen Therapiefokus höherrangige Probleme auftreten (z. B. eine sehr schwere Selbstverletzung) (siehe Tab. 1), diese vorübergehend wieder in den Fokus genommen werden. Das Prinzip der modularen Psychotherapie wird mit Hilfe



von Entscheidungsalgorithmen umgesetzt. Durch Verhaltens- und Bedingungsanalysen werden die relevanten Aspekte für jede Therapiephase herausgearbeitet, so dass spezifische Therapiemodule zum Einsatz kommen.

**Tabelle 1:** Dynamische Hierarchisierung der Behandlungsfoci

<b>Standard DBT (Stage I)</b>	<b>Behandlungsfokus</b>	<b>Beispiel</b>
Ebene 1	Lebensbedrohliches Verhalten	Das Leben gefährdende Suizidversuche und Hochrisikoverhaltensweisen, BMI < 16
Ebene 2	Therapie zerstörendes Verhalten	Angriffe auf Mitpatienten, Abhängigkeitserkrankung ohne Abstinenz
Ebene 3	Krisen generierendes Verhalten	Schwerwiegende Selbstverletzung, anhaltende Traumatisierung
<b>DBT-PTSD (Stage II)</b>	<b>Behandlungsfokus</b>	<b>Beispiel</b>
Ebene 1	Therapiefortschritt behinderndes Verhalten	Dissoziation, schwere Depression, motivationale Probleme
Ebene 2	Schwere psychosoziale Probleme	Massive finanzielle Probleme (drohende Obdachlosigkeit)
Ebene 3	PTBS-aufrechterhaltendes Verhalten	Meidungs- und Escapestrategien abbauen und Durchführung von Exposition
Ebene 4	Eingeschränkte Lebensqualität	Probleme im Bereich von Körper und Sexualität

### **Therapiestruktur**

Aus Sicherheitsgründen wurden die Therapieentwicklung und die ersten Evaluationen im stationären Setting vorgenommen. Eine Anpassung an einen ambulanten Behandlungsrahmen findet derzeit statt. Die stationäre DBT-PTSD stellt ein dreimonatiges multimodulares Behandlungsprogramm dar. Neben jeweils zweimal wöchentlich stattfindender Einzeltherapie und Bezugspflegegesprächen finden einmal wöchentlich ein modifiziertes Skillstraining und eine Psychoedukationsgruppe statt. Im Skillstraining und in Bezugspflegegesprächen wird ein individueller Notfallkoffer erstellt. Im Vergleich zur Standard-DBT wird stärker auf die Bereiche Umgang mit Gefühlen sowie

radikale Akzeptanz fokussiert. Inhalte der Psychoedukationsgruppe sind Informationen zur PTBS-Symptomatik, zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung und zum Ablauf der Therapie. Weiterhin erhalten die Patienten wöchentlich Bewegungstherapie, Gestaltungstherapie sowie Selbstwert- und Achtsamkeitstraining in Gruppen. Bei Bedarf kommen körpertherapeutische Interventionen wie achtsamkeitsbasierte Körperwahrnehmung und Spiegelexposition zum Einsatz.

Als Voraussetzung für die Aufnahme in das Behandlungsprogramm wird verlangt, dass in den letzten vier Monaten kein Suizidversuch, lebensgefährliches oder hochfrequenten schwerwiegendes selbstverletzendes Verhalten oder lebensgefährliches Hochrisikoverhalten vorlag (vgl. Tab. 1). Zudem wird bei Abhängigkeitserkrankungen eine Abstinenzphase von mindestens zwei Monaten verlangt. Sollten Patienten diese Bedingungen noch nicht erfüllen, ist die Durchführung einer Standard-DBT bzw. die Durchführung einer sonstigen störungsspezifischen Therapie ohne einen traumafokussierenden Schwerpunkt zu empfehlen. Leichte bis moderate Selbstverletzungen stellen keine Ausschlusskriterien für die Behandlung einer PTBS dar.

### Therapiephasen

Vor Beginn der stationären Therapie (*vorstationäre Phase*) erfolgt eine operationalisierte Diagnostik. Etwa einen Monat vor Aufnahme erhalten die Patienten eine CD-ROM, um sich mit den Skills zur Stress- und Emotionsregulation vertraut zu machen (Bohus & Wolf, 2009).

In den *ersten drei Wochen* des Aufenthaltes wird ein individuelles Störungsmodell mit den zentralen Meidungs- und Escapestrategien erarbeitet. Es erfolgt Psychoedukation und eine Analyse von Bedingungen, die einer erfolgreichen Exposition im Weg stehen (z. B. ausgeprägte dissoziative Symptome, Ängste vor der Therapie). Nach der Festlegung der Ziele werden diese gemeinsam mit dem Patienten im Rahmen des Konsultationsteams diskutiert.

In den *nächsten 7 Wochen* liegt der Fokus auf der Vorbereitung und Durchführung der Exposition. Zur Vorbereitung werden die vorher identifizierten expositionsbehindernden Erlebens- und Verhaltensmuster bearbeitet. Dabei können verschiedene Therapiemodule zum Einsatz kommen: z. B. Vermittlung von antidissoziativen Skills, kognitive Bearbeitung von Schuldgefühlen oder Diskriminationstraining bei starken Gefühlen von Angst oder Ekel im Zusammenhang mit spezifischen Auslösern. Im Anschluss steht die skills-assisted exposure gegenüber dem Index-Trauma, das Trauma mit der aktuell stärksten Belastung, im Mittelpunkt. Für den Beginn dieser formalen Expositionsphase müssen die in Tabelle 2 aufgeführten Bedingungen erfüllt sein. Die Exposition beinhaltet in der Regel das Verfassen und Vorlesen eines Traumaberichtes, die imaginative Aktivierung der traumatischen Erinnerung, In-vivo-Expositionen sowie das Hören einer Aufnahme der Therapiesitzung. Entsprechend dem Ansatz der *skills-assisted exposure* sind Therapeuten und Patienten bei diesen Expositionselementen angehalten, Lebendigkeit der Erinnerungen und Belastung durch den Einsatz von Skills während der Exposition zu regulieren (z. B. sensorische Stimulation wie Händedruck, Gerüche; kognitive Interventionen wie „Wo sind Sie gerade?“, „Was wissen Sie heute?“). Hauptprinzip ist die Herstellung einer Balance zwischen Aktivierung traumaassoziierter Gefühle und Gegenwartsbezug.

In den *abschließenden 2 Wochen* wird die radikale Akzeptanz des traumatischen Ereignisses fokussiert. Zudem werden individuell unterschiedliche Bereiche wie Partnerschaft, Sexua-



lität, Körpererleben oder auch Reviktimisierungsgefahr thematisiert. Etwa *4 Wochen nach der Entlassung* erfolgt ein Auffrischungstermin, bei dem bis dahin vereinbarte Aufgaben und mögliche Probleme im Alltag besprochen werden.

**Tabelle 2:** Kriterien für den Beginn der formalen Expositionsphase

<b>Suizidalität/ Selbstverletzung</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Keine akute Suizidalität/ schwere Selbstverletzungen/ Hochrisikoverhalten in den letzten 4 Wochen (ambulant 4 Monate)</li><li>Kein schweres krisengenerierendes Verhalten in den letzten 4 Wochen (ambulant 2-4 Monate)</li><li>Bei Abhängigkeit kein Cannabis-/Alkohol-/Drogen-Rückfall in den letzten 4 Wochen (ambulant 2-4 Monate)</li></ul>
<b>Soziale Lebenssituation</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Aktuell geringes Risiko erneuter Viktimisierung</li><li>Keine Schwangerschaft</li><li>Keine akute Krisensituation im näheren Umfeld (drohende Obdachlosigkeit/ Jobverlust/ Scheidung/ Todesfall oder schwere Erkrankung)</li></ul>
<b>Skillsaquisition</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Patientin hat einen funktionierenden Notfallkoffer</li><li>Patientin kennt die typischen Trigger für Dissoziation und kann selbständig gegensteuern</li></ul>
<b>Sonstiges</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Patientin hat Plan für die Gestaltung der Tagesabläufe und der Tage zwischen den Terminen, die die ersten 2 formalen Expositionen beinhalten (es ist geregelt, wer Kinder betreut, welche Person unterstützen kann, wo genau sich die Patientin in Krisen hinwendet etc.)</li><li>Patientin hat das Rational für den Einsatz von Exposition verstanden</li><li>Patientin hat Entscheidung für einen neuen Weg getroffen</li><li>Patientin kann sich rational von Schuld distanzieren</li><li>Patientin konnte Befürchtungen bezüglich der Exposition reduzieren</li><li>Patientin weiß, dass sie STOP sagen kann</li></ul>

## Datenlage

Wir erhoben zunächst an einer konsekutiv rekrutierten Stichprobe von 29 Patientinnen Prä-post-Daten, um Sicherheitsbedingungen und Effekte zu überprüfen (Steil et al., 2011). Bei allen Patientinnen konnte spätestens ab der 5. Behandlungswoche eine formale Exposition gegenüber dem Index-Trauma durchgeführt werden. Wir fanden signifikante Verbesserungen auf der Posttraumatischen Diagnose-Skala (PDS) mit großer Prä-post-Effektstärke (Cohens  $d=1.22$ ). Keine der Patientinnen hatte sich verschlechtert, und keine hatte die

Therapie abgebrochen. Diese Ergebnisse waren auch 6 Wochen nach Entlassung stabil. In einer DFG-geförderten randomisiert kontrollierten Studie überprüften wir an 74 Patientinnen anschließend die Wirksamkeit von DBT-PTSD im Vergleich zu einer Wartegruppe (Bohus et al., in press). Einschlusskriterien waren weibliches Geschlecht, PTBS nach sexuellem Missbrauch in der Kindheit, mindestens 4 BPS-Kriterien nach DSM-IV. Ausschlusskriterien waren neben akuter Psychose und Drogenentzug lediglich lebensgefährliche Verhaltensweisen innerhalb der letzten 4 Monate. Patientinnen mit anhaltender Selbstverletzung wurden also dezidiert in diese Studie mit eingeschlossen. Die Ergebnisse zeigten eine signifikante Überlegenheit des Behandlungsprogramms auch drei Monate nach Entlassung. Die vergleichenden Effektstärken waren groß (Hedges'  $g = 1.6$ ). Weder Schweregrad der BPS noch die Anzahl der Selbstverletzungen zu Beginn der Behandlung beeinflussten das Therapieergebnis. Auch bei Analyse individueller Verläufe fand sich keine Zunahme der Selbstverletzungen unter Expositionstherapie.

## Fazit

Die meisten Patienten mit komorbider BPS und PTBS benötigen ein störungsspezifisches Behandlungsprogramm in Ergänzung zur Standard-DBT. Mit DBT-PTSD liegt nun erstmals ein sicheres, wirksames und evaluiertes Therapieprogramm vor. Das Programm wurde mittlerweile von einigen Kliniken in Deutschland übernommen, erste Evaluationen zeigen ähnliche Ergebnisse wie am ZI. Das Dogma, dass vor einer expositionsbasierten Therapie selbstverletzendes Verhalten eingestellt werden muss, kann aufgrund der vorherrschenden Datenlage nicht mehr aufrechterhalten werden.

## Literatur

- Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2008). Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Bisson, J. & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev*, 18, CD003388.
- Bohus, M., Dyer, A.S., Priebe, K., Krüger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., Niedtfeld, I., & Steil, R. (in press): Dialectical behaviour therapy for posttraumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: a randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*.
- Bohus, M., Dyer, A.S., Priebe, K., Krüger, A., & Steil, R. (2011). Dialektisch Behaviorale Therapie für Posttraumatische Belastungsstörung nach sexualisierter Gewalt in der Kindheit und Jugend (DBT-PTSD). *Psychotherapie, Psychosomatik, Med. Psychologie*, 61, 140-147.
- Bohus, M. & Wolf, M. (2009). Interaktives Skills-Training für Borderline-Patienten. Die CD-ROM für Betroffene. Stuttgart: Schattauer.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214-227.
- Cloitre, M., Courtois, C.A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B.C., & Green, B.L. (2011). Treatment of complex PTSD: results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 615-627.

- Cloitre, M., Koenen, K.C., Cohen, L.R. & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: a phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1067-1074.
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K.C., Nooner, K. et al. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 167, 915-924.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.). (2009). *Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen*. Reihe: S2-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie (Bd 1). Heidelberg: Steinkopff.
- Feeny, N.C., Zoellner, L.A. & Foa, E.B. (2002). Treatment outcome for chronic PTSD among female assault victims with borderline personality characteristics: a preliminary examination. *Journal of Personality Disorders*, 1, 30-40.
- Foa, E., Keane, T., Friedman, M., & Cohen, J.A. (2009). *Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Press.
- Forbes, D., Creamer, M., Phelps, A., Bryant, R., McFarlane, A., Deville, G.J., Matthews, L., Raphael, B., Doran, C., Merlin, T., & Newton, S. (2007). Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder an post-traumatic stress disorder. *Australian and New Zealand of Psychiatry*, 41, 637-648.
- Harned, M., Korslund, K.E., Foa, E.B. & Linehan, M.M. (2012). Treating PTSD in suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder: Development and preliminary evaluation of a dialectical behavior therapy prolonged exposure protocol. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 381-386.
- Harned, M.S., Chapman, A.L., Dexter-Mazza, E.T., Murray, A., Comtois, K.A., & Linehan, M.M. (2008). Treating co-occurring Axis I disorders in recurrently suicidal women with borderline personality disorder: a 2-year randomized trial of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 1068-1075.
- Harned, M.S., Rizvi, S.L. & Linehan, M.M. (2010). Impact of co-occurring posttraumatic stress disorder on suicidal women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 167, 1210-1217.
- Hembree, E.A., Cahill, S.P. & Foa, E.B. (2004). Impact of personality disorders on treatment outcome for female assault survivors with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18, 117-127.
- Herman, J.L. (1992). Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391.
- Lampe, A., Mittmansgruber, H., Gast, U., Schüssler, G., & Reddemann, L. (2008). Therapieevaluation der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT) im stationären Setting. *Neuropsychiatry*, 22, 189-197.
- Linehan, M.M. (1996). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der BPS*. München: CIP.
- Maercker, A. (2009). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- McDonagh, A., Friedman, M., McHugo, G., Ford, J., Sengupta, A., Mueser, K., Demment, C.C., Fournier, D., Schnurr, P.P., & Descamps, M. (2005). Randomized trial of cognitive-behavioral therapy for chronic posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 515-524.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2005). *Post-traumatic stress disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. National Clinical Practice Guideline Number 26. Gaskell and the British Psychological Society.
- Neuner, F. (2008). Stabilisierung oder Konfrontation in der Traumatherapie – Grundregel oder Mythos? *Verhaltenstherapie*, 18, 109-118.

- Pagura, J., Stein, M.B., Bolton, J.M., Cox, B.J., Grant, B., & Sareen, J. (2010). Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the U.S. population. *Journal of Psychiatry Research*, 44, 1190-1198.
- Reddemann, L. (2011). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie PITT – Das Manual*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sachsse, U., Vogel, C. & Leichsenring, F. (2006). Results of psychodynamically oriented trauma-focused inpatient treatment for women with complex posttraumatic stress disorder (PTSD) and borderline personality disorder (BPD). *Bulletin of the Menninger Clinic*, 70, 125-144.
- Steil, R., Dyer, A., Priebe, K., Kleindienst, N., & Bohus, M. (2011). Dialectical Behavior Therapy for posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse: a pilot study of an intensive residential treatment program. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 102-106.
- Young, J., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2010). *Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch*. Paderborn: Junfermann.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Dubo, E.D., Sickel, A.E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1733-1739.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J., Reich, D.B., & Silk, K.R. (2004). Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2108-2114.
- Zlotnick, C., Johnson, D.M., Yen, S., Battle, C.L., Sanislow, C.A., Skodol, A.E., Grilo, C.M., McGlashan, T.H., Gunderson, J.G., Bender, D.S., Zanarini, M.C., & Shea, M.T. (2003). Clinical features and impairment in women with borderline personality disorder (BPD) with posttraumatic stress disorder (PTSD), BPD without PTSD, and other personality disorders with PTSD. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 706-713.

## Korrespondenzadresse

Martin Bohus

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit

J5 | 68159 Mannheim

Telefon: +49-621-1703-4002 | Telefax: +49-621-1703-4005

E-Mail: martin.bohus@zi-mannheim.de