

Borderline-Störungen bei Jugendlichen Diagnostik und Therapie

2. Rendsburger Jugendhilfegespräch 10. Mai 2006

Renate Böhme
renate_boehme@psyallg.ukl.uni-freiburg.de

Diagnostik der Borderline-Persönlichkeitsstörung

- ICD-10:
emotional instabile Persönlichkeitsstörung,
Borderline-Typus
- DSM-IV, Achse II:
Borderline-Persönlichkeitsstörung

DSM-IV Borderline-Persönlichkeitsstörung (1)

Mindestens fünf der neun Kriterien müssen erfüllt sein:

- (6) Affektive Instabilität
- (8) Übermäßige starke Wut oder Unfähigkeit, Wut oder Ärger zu kontrollieren

DSM-IV Borderline-Persönlichkeitsstörung (2)

Mindestens fünf der neun Kriterien müssen erfüllt sein:

- (5) Wiederholte Suiziddrohungen, Suizidandeutungen oder Suizidversuche oder selbstverletzendes Verhalten
- (4) Impulsivität in mindestens zwei (weiteren) potentiell selbstschädigenden Bereichen

DSM-IV Borderline-Persönlichkeitsstörung (3)

Mindestens fünf der neun Kriterien müssen erfüllt sein:

- (1) Verzweifeltes Bemühen, Alleinsein zu verhindern
- (2) Ein Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen
(Wechsel zwischen Überidealisierung und Abwertung)

DSM-IV Borderline-Persönlichkeitsstörung (4)

Mindestens fünf der neun Kriterien müssen erfüllt sein:

- (3) Identitätsstörung
- (7) Chronisches Gefühl der Leere
- (9) Streßabhängige paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome

Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)

Probleme der Diagnostik (1)

- Klinisch Subgruppen / Symptomcluster
- Kriterien bilden nicht trennscharf klinische Entitäten ab
- Kategoriale Diagnostik

Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)

Probleme der Diagnostik (2)

- Hohe Anzahl von Komorbiditäten mit anderen Persönlichkeitsstörungen
- Hohe Anzahl von Komorbiditäten mit Achse I-Störungen (z.B. affektiven Störungen, Substanzstörungen, Angststörungen, Eßstörungen)

Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)

..... bei Jugendlichen (1)

- Gibt es (Borderline-)Persönlichkeitsstörungen bei Jugendlichen?
- Wenn ja, wie diagnostizieren?

Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)

..... bei Jugendlichen (2)

- Forschungsergebnisse liegen nur eingeschränkt vor
- DSM-Kriterien sind auf Jugendliche nur bedingt anwendbar
- Abnahme maladaptiver Persönlichkeitsmuster von der frühen Adoleszenz bis zum Erwachsenenalter
- Untersuchungen zu prognostischen Faktoren für Persistenz bzw. Remission der BPS fehlen für das Jugendalter

Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)

..... bei Jugendlichen (3)

- Diagnostisches Instrument ergänzend zur Diagnostik nach DSM-Kriterien: Shedler-Westen Assessment Procedure-200 for Adolescents (SWAP-200-A)
- Geschlechtsunterschiede: BPS bei Mädchen ähnelt der Symptomatik Erwachsener
- BPS unterteilt sich in mehrere Subtypen: “high functioning internalizing“, “depressive internalizing“, “histrionic“, “angry externalizing“

Westen D., Shedler J., Durrett C., Glass S., Martens A.; American Journal of Psychiatry 2003; 160: 952-966

Bradley R., Zittel C. & Westen D.; Journal of Child Psychology and Psychiatry 2005; 46: 1006-1019

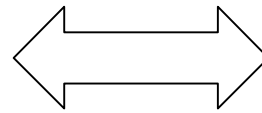
Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)

..... bei Jugendlichen behandeln?!

- Pro: unmittelbare Gefährdung
- Pro: Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter sind mit einem erhöhten Risiko für Achse-I-Störungen im jungen Erwachsenenalter assoziiert
- Pro: Cluster A und Cluster B Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter sind mit einem erhöhten Risiko für gewalttätiges Verhalten im Jugendalter und jungen Erwachsenenalter assoziiert
- Pro: prädiktiver Wert auffälliger Persönlichkeitsmuster für die Entwicklung und Persistenz von psychosozialen Funktionseinschränkungen

Biosozielles Modell zur Ätiologie der BPS

Physiologisches Defizit der
Emotionsregulation



Invalidierendes
Umfeld

Physiologisches Defizit der Emotionsregulation

- Hohe Sensitivität
- Hohe Reaktivität
- Langsame Rückkehr zum Ausgangsniveau

Invalidierung (1)

- Selbstbestimmtes Verhalten und die Mitteilung persönlicher Erfahrungen werden als nicht zutreffend zurückgewiesen
- Gefühle oder Schmerz zu zeigen wird bestraft
- Die Eskalation emotionalen Verhaltens wird in unberechenbarer Weise verstärkt
- Probleme zu lösen und Ziele zu erreichen wird als einfache Aufgabe dargestellt

Invalidierung (2)

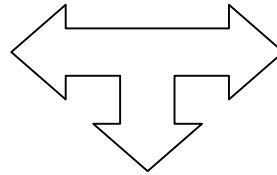
- Das Individuum lernt, seine eigenen Erfahrungen und Reaktionen permanent in Frage zu stellen und die soziale Umwelt nach Hinweisen abzusuchen, wie es denken, fühlen und handeln soll
- Das Individuum lernt eine entwertende Haltung gegenüber den eigenen emotionalen Reaktionen
- Das Individuum lernt, daß extreme Reaktionen zum Ziel führen
- Das Individuum lernt, daß die Lösung von Problemen eigentlich ganz einfach ist

Invalidierung (3)

- Das Individuum lernt nicht, seine eigenen Erfahrungen mit normativen Erfahrungswerten zu vergleichen
- Das Individuum lernt nicht, Vertrauen in die eigenen Emotionen und Kognitionen als adäquate Antworten auf Ereignisse zu entwickeln
- Das Individuum lernt keine effektive Emotionsmodulationsfähigkeit

Biosozielles Modell zur Ätiologie der BPS

Physiologisches Defizit der
Emotionsregulation



Invalidierendes
Umfeld

Störung der Emotionsregulation
(Emotionale Vulnerabilität bei mangelhafter
Ausprägung von Coping-Strategien, mit
intensiven Gefühlen umzugehen)

dysfunktionales Verhalten zur
Spannungsregulation

Intrapsychische und interaktionelle
Störungen

Therapien zur Behandlung der BPS

- Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT)
Linehan
- Transference Focused Psychotherapy (TFP)
Clarkin, Yeomans & Kernberg
- Mentalization-Based Treatment of BPD
Bateman & Fonagy
- Schema Therapy
Young

Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT)

- Von Marsha Linehan entwickelt
- zur Behandlung suizidaler bzw. sich selbst verletzender Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung
- Wirksamkeitsnachweis in mehreren CRTs

Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT)

- Entwickelt aus der kognitiv-behavioralen Therapie
- Ergänzt um dialektische Behandlungsstrategien (Balance von Akzeptanz und Veränderung)
- Ergänzt um Zen-Elemente
- Bio-soziales Modell
- Basiert auf einem kombinierten Modell von Motivationsförderung und Aufbau und Generalisierung von Verhaltensfertigkeiten

Standard-DBT

- Ambulante Therapie
- Begrenzte Behandlungsdauer
- Wöchentliche Einzel-Psychotherapie
- Wöchentliche Fertigkeiten-Trainingsgruppe
- Regelmäßige Treffen des Behandlungsteams

DBT - Behandlungsziele

Vorbereitungsphase

- Diagnostik
- Aufklärung über die Behandlung
- Zustimmung zu den Behandlungszielen und zur Behandlung ("Commitment")

DBT - primäre Behandlungsziele (1)

Erste Therapiephase - Sicherheit, Kontrolle und Stabilität

Verbessern	Verringern
der Überlebensstrategien	suizidaler und parasuizidaler Verhaltensmuster
der Therapiecompliance	therapiegefährdender Verhaltensmuster
der Lebensqualität	von Verhaltensmustern, die die Lebensqualität einschränken

Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT)

DBT ist TAU bzw. TBE überlegen hinsichtlich

- Reduktion von Schwere und Häufigkeit von Suizidversuchen
- Reduktion von Schwere und Häufigkeit von Selbstverletzungen
- Therapiecompliance
- Reduktion der (Re)hospitalisierung

DBT vs. Treatment as Usual in the Community (TAU):
Linehan et al., 1991; Koons et al., 2001; Verheul et al., 2003;
van den Bosch et al., 2005;

DBT vs. Treatment by Experts (TBE): *Linehan et al., 2002*

DBT - primäre Behandlungsziele (2)

Weitere Therapiephasen:

- Verringerung emotionalen Leidens
- Steigerung der Selbstachtung
- Steigerung der Fähigkeit, Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten
- Bearbeitung „gewöhnlicher“ individueller Schwierigkeiten
- Gefühle von Verbundenheit, Freude und Freiheit

DBT-Grundannahmen (1)

- Patienten geben ihr Bestes und wollen sich verändern
- Das Leben suizidaler Patienten ist so, wie es im Moment gelebt wird, schwer auszuhalten
- Obwohl Patienten ihre Schwierigkeiten nicht alle selbst verursacht haben, müssen sie sie lösen

DBT-Grundannahmen (2)

- Patienten müssen sich mehr anstrengen, härter arbeiten und stärker motiviert sein als andere, um sich zu verändern
- Patienten müssen in vielen Situationen in ihrem Leben neue Verhaltensweisen erlernen
- Therapeuten, die Borderline-Patienten behandeln, brauchen Unterstützung

DBT - für wen noch?

- BPS mit Komorbidität
(z. B. Eßstörungen, Substanzstörungen)
- Andere Störungen
(Bulimia nervosa, Binge Eating Disorder, ADHD, Antisoziale Persönlichkeitsstörung, ältere depressive Patienten)
- Jugendliche
- Familien
- Stationäre Behandlung
- Zwangskontext

Die Entwickler der DBT-A

● Alec L. Miller

● Jill H. Rathus

Albert Einstein College of Medicine
Montefiore Medical Center
Bronx, NY



DBT-A

Einschlußkriterien

- Suizidalität / Selbstverletzungen in den letzten 16 Wochen
- Erfüllen von drei der neun DSM-IV Kriterien für das Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im letzten Jahr

DBT-A

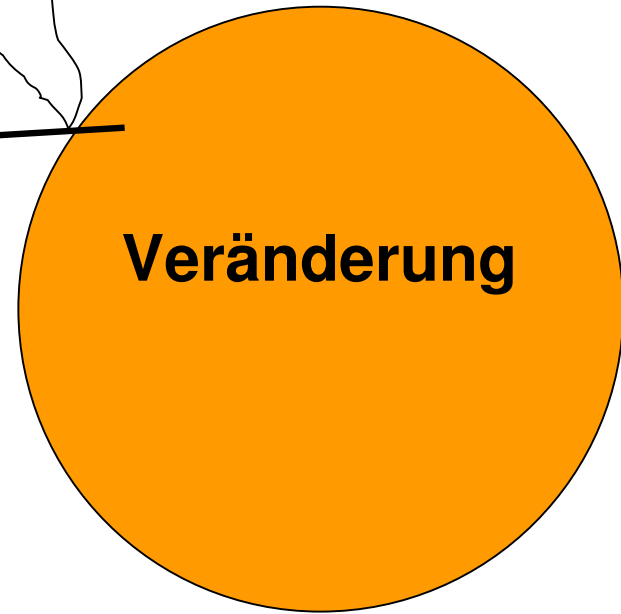
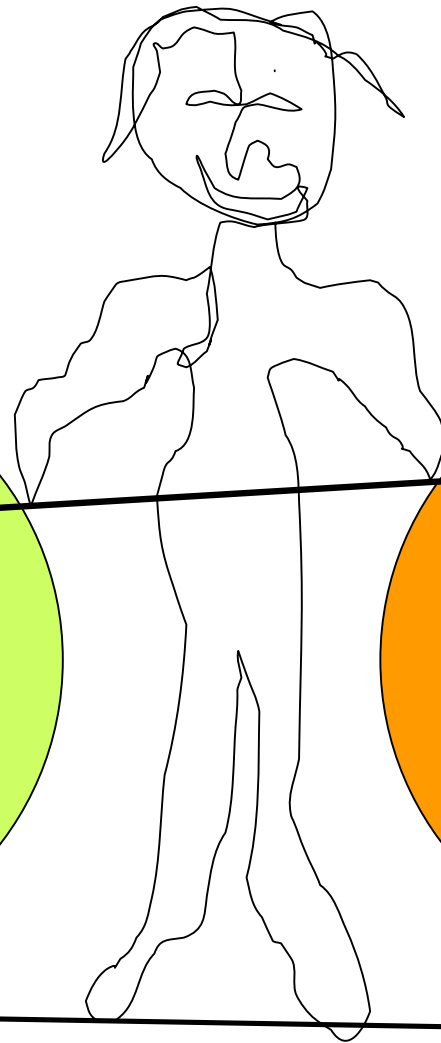
Struktur

- 16 Behandlungswochen
- Ambulante Therapie
- Einzel + Fertigkeiten-Trainingsgruppe + Therapeutenteam
- Einbeziehen der Familie:
 - Teilnahme eines Familienmitgliedes am Fertigkeitentraining
 - Regelmäßige Familiengespräche

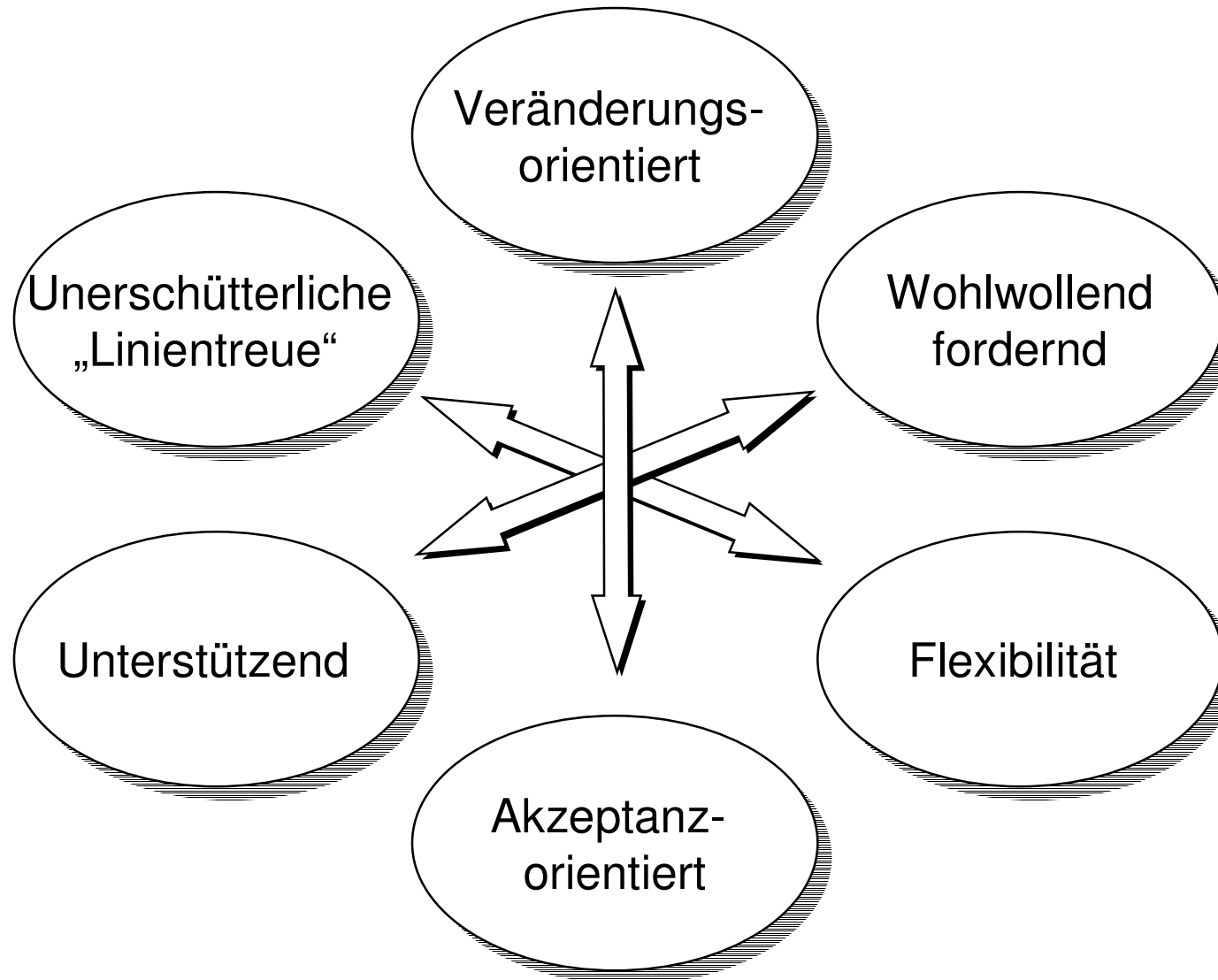
DBT-A

Strategien und therapeutische Grundhaltung

- Dialektische Strategien
- Veränderungsorientierte Strategien
- Validierung
- Achtsamkeit
- Grundannahmen



Merkmale eines DBT-Therapeuten



Validierung

Validierung teilt jemandem mit, daß seine Reaktionen (Gefühle, Gedanken, Handlungen) Sinn machen und für Dich in einer bestimmten Situation nachvollziehbar sind.

- Es zeigt, daß Du zuhörst
- Es zeigt, daß Du verstehst
- Es ist gut für Beziehungen
- Es kann die Intensität von Konflikten verringern
- Validieren heißt nicht unbedingt, einverstanden zu sein

DBT-A Aufgaben der Therapie

- Motivation verbessern
- Ressourcen aktivieren
- Fertigkeiten vermitteln
- Generalisierung des Erlernten ins natürliche Umfeld
- Verbesserung der Fähigkeiten der Therapeuten und ihrer Motivation, effektiv zu behandeln

Einzelpsychotherapie

- Therapieplanung
- Hierarchisierung der Behandlungsziele
- Verbesserung der Motivation
- Wochenprotokoll
- Verhaltens- und Lösungsanalyse
- Üben und Festigen von Fertigkeiten
- Generalisieren der Fertigkeiten
(in vivo oder am Telephon)

- Setting:**
- Eine Einzeltherapiesitzung / Woche
 - Familientherapie "as needed"
 - Telephonkontakte

Wochenprotokoll

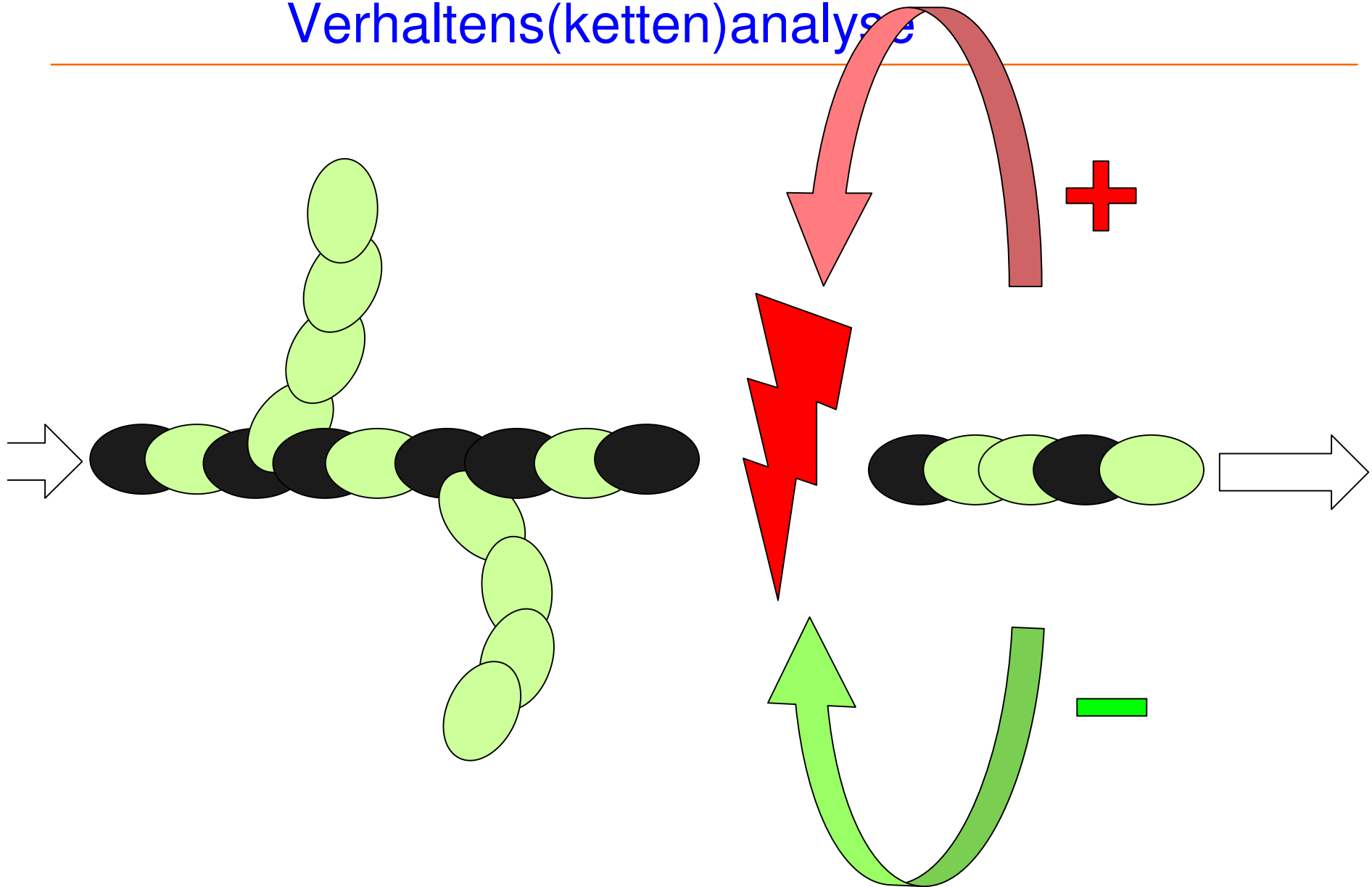


- Emotionale Befindlichkeit
- Alltagsstruktur
- Medikamente
- Alkohol, Drogen
- Selbstverletzungen und Suizidalität
- Riskantes Sexualverhalten
- Individuell ausgewählte Verhaltensmuster
- Fertigkeiten

Verhaltens(ketten)analyse

- Problemverhalten
- Vorausgehende Bedingungen
- Anfälligkeitsfaktoren
- Konsequenzen

Verhaltens(ketten)analyse



Grundlagen der Lerntheorie 1

Klassisch konditioniertes Verhalten

Elerntes Verhalten, das unter Kontrolle eines Stimulus steht

Grundlagen der Lerntheorie 2

Operant konditioniertes Verhalten

Elerntes Verhalten, das unter Kontrolle der Konsequenzen steht

Grundlagen der Lerntheorie 3

Verstärker

Konsequenz, die zukünftig die Auftretenswahrscheinlichkeit eines Verhaltens erhöht

- **Positive Verstärkung C+**

Zunahme der Auftretenswahrscheinlichkeit eines Verhaltens durch Darbietung einer positiven Konsequenz

- **Negative Verstärkung C-**

Zunahme der Auftretenswahrscheinlichkeit eines Verhaltens durch Entfernung einer negativen Konsequenz

Grundlagen der Lerntheorie 4

Bestrafung C-

- Abnahme der Auftretenswahrscheinlichkeit eines Verhaltens durch Darbietung einer negativen Konsequenz

Löschung (Extinction) ~~C+~~

- Abnahme der Auftretenswahrscheinlichkeit eines Verhaltens durch Entfernung einer positiven Konsequenz
- Extinction burst: Vorübergehende Zunahme der Auftretenswahrscheinlichkeit eines Verhaltens nach Entfernung einer positiven Konsequenz

Lösungsanalyse

- Anfälligkeit reduzieren
- Ressourcenaktivierung
- Kognitive Umstrukturierung
- Fertigkeitenvermittlung
- Kontingenzmanagement
- Intervention im Umfeld / Familieninterventionen

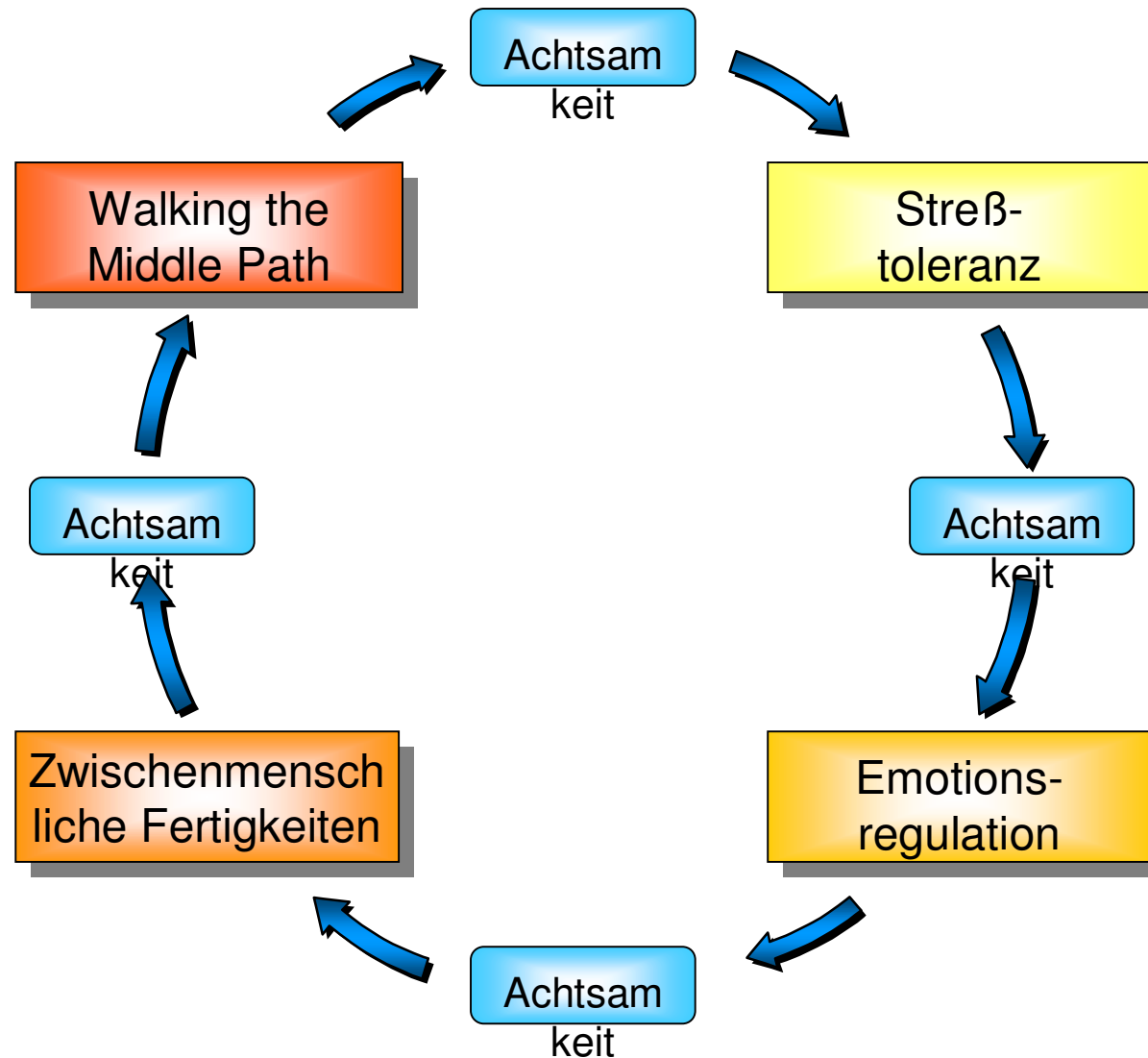
Familien-Fertigkeiten-Trainingsgruppe

- Erlernen von Fertigkeiten
(Vermittlung, Modell)
- Festigen neu erlernter Fertigkeiten
(Üben, Verstärken)

Setting:

- 2 Stunden / Woche
- Patientin und ein Familienangehöriger / enge Bezugsperson
- Offene Gruppe
- Im Wechsel eine Sitzung Achtsamkeit und drei Sitzungen eines der anderen Module

Familien-Fertigkeiten-Trainingsgruppe



Achtsamkeit (1)

„Wie“-Fertigkeiten

- Bewerte nicht
- Bleibe konzentriert
- Mache, was funktioniert

Achtsamkeit (2)

„Was“-Fertigkeiten

- Nimm wahr
- Beschreibe
- Nimm teil

Streßtoleranz

Diese Fertigkeiten kannst Du einsetzen, um streßauslösende und schmerzhaftere Ereignisse und Gefühle auszuhalten, wenn die Situation sich nicht gleich verändern läßt:



- Sich Ablenken
- Sich Beruhigen
- Den Augenblick verbessern
- Vor- und Nachteile abwägen
- Radikales Akzeptieren der Realität

Emotionsregulation (1)

- Welche Gefühle gibt es?
- Warum sind Gefühle wichtig?
- Zusammenspiel von Gefühl, Gedanken, körperlichen Veränderungen und Handlung



Emotionsregulation (2)

- Wie kannst Du Deine Anfälligkeit für heftige Gefühle verringern?
- Was kannst Du machen, um häufiger positive Gefühle zu haben?

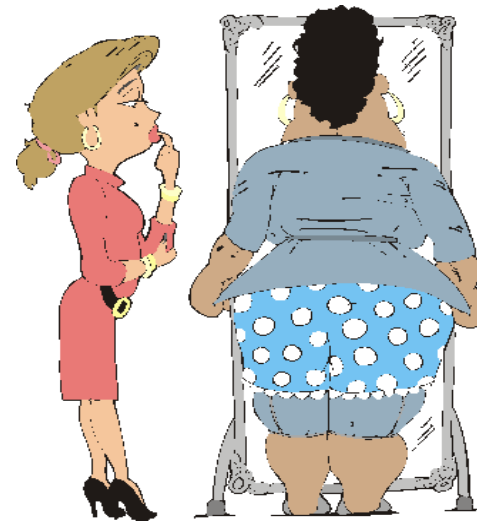


Emotionsregulation (3)

- Verändern von Gefühlen durch dem Gefühl entgegengesetztes Handeln
 - z. B. Angst: mache das, wovor Du Angst hast
 - z.B. Ärger: bleibe freundlich zu der Person, über die Du Dich ärgerst; versetze Dich in die andere Person hinein und versuche, sie zu verstehen

Zwischenmenschliche Fertigkeiten (1)

- Orientierung auf das Ziel
- Orientierung auf die Beziehung
- Orientierung auf die Selbstachtung



Zwischenmenschliche Fertigkeiten (2)

Was hält Dich davon ab, Deine Ziele zu erreichen?

- Mangel an Fertigkeiten
- Störende Gedanken
- Gefühle
- Unentschlossenheit
- Umfeld

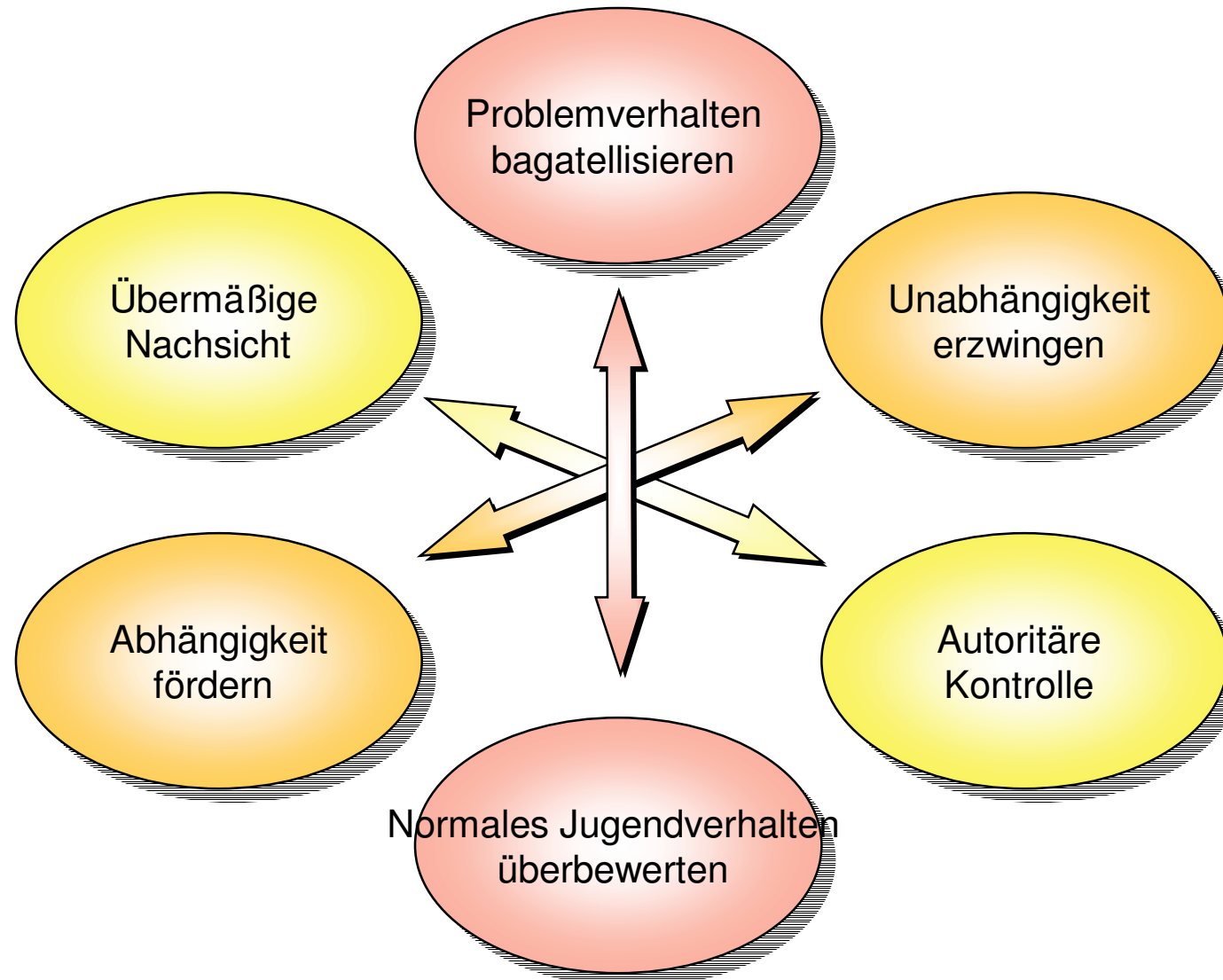


Walking the Middle Path

- Verhaltenstheorie
- Validierung
- Dialektik

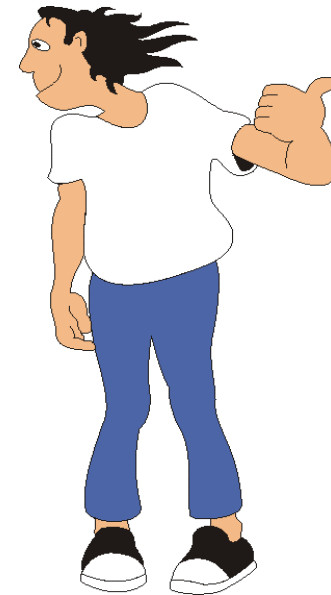


Adoleszentäre Dilemmata



Verankerung im Alltag

- Zertifikat
- Notfallkarte
- Individuelle Anker im Alltag
- Booster-Sitzungen
- Wiederholungsgruppe
- Therapeutenbegleitete Peergruppe



DBT-Team-Besprechung / Supervision

- Verbesserung der Motivation der Therapeuten, effektiv zu behandeln
- Behandlungsplanung und Aufgabenverteilung
- Vermittlung und Einüben von Therapiestrategien
- Burnout-Prophylaxe und -Behandlung
- Verhaltensanalysen problematischen Therapeutenverhaltens

Implementation von DBT (1)

- Motivation (z. B. durch Information über DBT)
- Commitment
- Lerne DBT
- Mache DBT mit Deinem Team
- Bringe Deinem Team DBT bei
- DBT mit Patienten
- Regelmäßige Supervision

Swenson, Torrey & Koerner, 2002

Implementation von DBT (2)

- Strategien, damit geschulte Therapeuten bleiben (Supervision, Teambesprechungen, Gehaltserhöhungen)
- Burnout-Prophylaxe
- Trainingsmaterialien für neue Therapeuten
- Regelmäßige Fortbildung über neue Entwicklungen in der DBT