Petra Zimmermann
Julia Förster
Sophie Reiske
(Hrsg.)

DBT-Sucht

Dialektisch-Behaviorale Therapie bei Borderline- und Substanzgebrauchsstörungen (DBT-S)

Akkreditiert durch den Deutschen Dachverband DBT e.V.

DOWNLOAD

hogrefe

DBT-Sucht

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Zimmermann, Förster und Reiske: DBT-Sucht (ISBN 9783840930218). © 2021 Hogrefe Verlag, Göttingen.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Zimmermann, Förster und Reiske: DBT-Sucht (ISBN 9783840930218). © 2021 Hogrefe Verlag, Göttingen.

Petra Zimmermann
Julia Förster
Sophie Reiske
(Hrsg.)

DBT-Sucht

Dialektisch-Behaviorale Therapie bei Borderline- und Substanzgebrauchsstörungen (DBT-S)

hogrefe

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Zimmermann, Förster und Reiske: DBT-Sucht (ISBN 9783840930218). © 2021 Hogrefe Verlag, Göttingen.

Dipl.-Psych. Petra Zimmermann, geb. 1964. 1984–1989 Studium der Psychologie in Erlangen-Nürnberg. 1989–1994 Verhaltenstherapieausbildung, freie Mitarbeit in psychotherapeutischer Praxis und wissenschaftliche Mitarbeit an der Universität Erlangen-Nürnberg. 1994–1996 niedergelassen in eigener Praxis und Honorartätigkeit in therapeutischer Gemeinschaft für Heroinabhängige in San Sebastian, Spanien. 1996–2001 Psychotherapeutin in den Oberbergkliniken Weserbergland und Berlin Brandenburg, ab 1999 als leitende Psychologin. 1999 Approbation zur Psychologischen Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie). Seit 2001 Niederlassung in eigener Praxis in Berlin. Tätigkeit als Dozentin, Trainerin und Supervisorin für Verhaltenstherapie und DBT.

Dipl.-Psych. Julia Förster, geb. 1978. 1998–2005 Studium der Psychologie in Berlin. Seit 2006 Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus und Stationspsychologin der DBT-Sucht-Station. 2012 Approbation zur Psychologischen Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie). Seit 2014 Tätigkeit als Dozentin und Supervisorin für DBT (DDBT). 2014–2018 Therapeutin in der Release Trauma-Ambulanz des Zentrums für Psychotherapie am Institut für Psychologie der Humboldt-Universität zu Berlin (ZPHU). Seit 2019 Niederlassung in eigener Praxis in Berlin.

Dipl.-Psych. Sophie Reiske, geb. 1975. 1996–2002 Studium der Psychologie in Berlin. 2004–2016 Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus (bis 2011) und Stationspsychologin der DBT-Sucht-Station (bis Juli 2006) unterbrochen und verkürzt durch Elternzeit. 2008 Approbation zur Psychologischen Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie). 2009–2013 Freiberufliche Tätigkeit als Psychologische Psychotherapeutin an der Hochschulambulanz der FU Berlin und in freier Praxis. Seit 2014 Leiterin des Referates DBT-Sucht des Dachverbandes DBT. Seit 2017 Niederlassung in eigener Praxis in Berlin. Tätigkeit als Dozentin, Trainerin und Supervisorin für Verhaltenstherapie und DBT.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland
Tel. +49 551 999 50 0
Fax +49 551 999 50 111
info@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Umschlagabbildung: © iStock.com by Getty Images / styf22
Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar
Illustrationen: Klaus Gehrmann, Freiburg; www.klausgehrmann.net
Format: PDF

1. Auflage 2021
© 2021 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen
(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-3021-8; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-3021-9)
ISBN 978-3-8017-3021-5
https://doi.org/10.1026/03021-000

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Zimmermann, Förster und Reiske: DBT-Sucht (ISBN 9783840930218). © 2021 Hogrefe Verlag, Göttingen.

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Zimmermann, Förster und Reiske: DBT-Sucht (ISBN 9783840930218). © 2021 Hogrefe Verlag, Göttingen.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung **11**

I. Theoretischer Hintergrund

1 Beschreibung der Störungsbilder
Sophie Reiske **17**

1.1 Borderline-Persönlichkeitsstörung 17
1.2 Substanzgebrauchsstörungen 23
1.3 Diagnostik der Komorbidität 25
1.4 Epidemiologische Befunde zur Borderline-Persönlichkeitsstörung 26
1.5 Komorbidität Borderline-Persönlichkeitsstörung und andere psychische Störungen 27

2 Störungsmodell – Borderline-Persönlichkeitsstörung und komorbide Substanzgebrauchsstörung
Julia Förster **30**

2.1 Die Rolle biologischer Faktoren bei der Entstehung von BPS 30
2.2 Die Rolle sozialer Faktoren bei der Entstehung der Störung 31
2.3 Die Eigendynamik der Substanzgebrauchsstörung im Rahmen des Ätiologiemodells 32

3 Entwicklung der DBT-S
Petra Zimmermann **35**

3.1 Stand der Therapieforschung zu DBT-S 36
3.2 Veränderungen in der Versorgungslandschaft 40

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Zimmermann, Förster und Reiske: DBT-Sucht (ISBN 9783840930218). © 2021 Hogrefe Verlag, Göttingen.

II. Therapie

4 Grundlagen der Dialektisch-Behavioralen Therapie und Erweiterungen in der DBT-S
Sophie Reiske ... **45**

4.1 Grundlagen der DBT ... 45
4.2 Therapeutische Grundhaltungen und Motivation ... 45
4.3 Therapiestruktur und Prioritätensetzung ... 48
4.3.1 Die dynamische Hierarchisierung und Therapiestadien ... 48
4.3.2 DBT- und DBT-S-Behandlungsvertrag ... 60
4.4 Therapiemodule und ihre Erweiterung in der DBT-S ... 60
4.4.1 Einzeltherapie ... 60
4.4.2 Telefoncoaching ... 61
4.4.3 Skills-Training ... 62
4.4.4 Konsultationsteam ... 63
4.4.5 Supervision ... 64
4.5 Multiprofessionelle Behandlungsmöglichkeiten ... 64
4.5.1 Pharmakotherapie der BPS ... 64
4.5.2 Pharmakotherapie bei komorbider Substanzgebrauchsstörung ... 65
4.5.3 Substitution ... 65
4.5.4 Selbsthilfegruppen ... 66

5 Behandlungsstrategien und ihre Erweiterungen in der DBT-S
Julia Förster ... **68**

5.1 Attachmentstrategien ... 69
5.2 Dialektische Strategien ... 70
5.3 Validierungsstrategien ... 71
5.4 Veränderungsstrategien ... 73
5.4.1 Selbstbeobachtung ... 73
5.4.2 Verhaltensanalysen/Rückfallanalysen ... 75
5.4.3 Aufbau von Alternativfertigkeiten (Skills) ... 78
5.4.4 Kontingenzmanagement ... 78
5.4.5 Kognitive Strategien ... 79
5.4.6 Expositionsverfahren ... 79
5.5 Commitmentstrategien ... 80
5.6 Strukturelle Strategien ... 81
5.7 Umgang mit Konsum während der Behandlung ... 83
5.8 Therapeutische Beziehung ... 84

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Zimmermann, Förster und Reiske: DBT-Sucht (ISBN 9783840930218). © 2021 Hogrefe Verlag, Göttingen.

6 DBT-S-Skills
Petra Zimmermann, Brigitte Kraus und Thorsten Kienast ... **86**

6.1 Einführung und Umsetzung der DBT-S-Skills im Skills-Training ... 86
6.2 Beschreibung der DBT-S-Skills ... 88
6.2.1 Basisinformation ... 90
6.2.2 Einführung ... 94
6.2.3 Achtsamkeit ... 101
6.2.4 Stresstoleranz ... 113
6.2.5 Umgang mit Gefühlen ... 128
6.2.6 Zwischenmenschliche Fertigkeiten ... 134
6.2.7 Rückfallprävention ... 141

III. Praktische Umsetzung der DBT-S

7 Stationäres und tagesklinisches Therapiekonzept DBT-S
Claudia Schmitt ... **167**

7.1 Die Station „St. Felicitas" im St. Hedwig-Krankenhaus ... 168
7.2 Die stationäre und tagesklinische DBT-S-Flex-Behandlung ... 170
7.2.1 Vorbereitung auf die Therapie ... 170
7.2.2 Die Struktur der DBT-S-Flex-Therapie ... 173
7.2.3 Therapiebausteine ... 177
7.2.4 Umgang mit Konsum ... 180
7.2.5 Therapiepausen ... 183
7.2.6 Umgang mit therapiezerstörendem und den Therapiefortschritt behinderndem Verhalten ... 184
7.2.7 Umgang mit selbstverletzendem Verhalten ... 184
7.3 Hilfreiche Strukturen im Team ... 185
7.4 Abschließende Bemerkungen ... 186

8 DBT-S-Körpertherapie
Christina Terán ... **188**

8.1 Ablauf der DBT-S-Körpertherapie ... 189
8.2 Aufbau der Körpertherapie-Stunden ... 191
8.2.1 Körperbezogene Stresstoleranz-Skills und Anti-Craving-Skills ... 193
8.2.2 Achtsamkeitsbezogene Körper-Skills ... 196
8.2.3 Umgang mit Gefühlen, zwischenmenschlichen Fertigkeiten und Selbstfürsorge ... 197
8.3 Einzeltherapie ... 202
8.4 Therapeutisches Klettern ... 202

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Zimmermann, Förster und Reiske: DBT-Sucht (ISBN 9783840930218). © 2021 Hogrefe Verlag, Göttingen.

9 DBT-S in der ambulanten Psychotherapie
Petra Zimmermann **206**

9.1 Zugangswege zur Praxis und Voraussetzungen der Patient*innen 207
9.2 Behandlungsmöglichkeiten nach den Psychotherapierichtlinien 209
9.3 Die Vorbereitung der Behandlung 210
9.3.1 Psychotherapeutische Sprechstunde 210
9.3.2 Umgang mit Wartezeiten 214
9.3.3 Die probatorischen Sitzungen 214
9.3.4 Zielklärung und Commitment 216
9.3.5 Abschluss des DBT-S-Therapievertrags 220
9.4 Umsetzung der DBT-S-Behandlungsstrategien 221
9.4.1 Attachmentstrategien 221
9.4.2 Gruppen- und Einzel-Skills-Training 223
9.4.3 DBT-S-spezifische Themen in der ambulanten Einzeltherapie 224
9.5 Umgang mit Konsumvorfällen – dialektische Abstinenz 228
9.5.1 Verzögert aufgedeckter Konsumvorfall 229
9.5.2 Verdeckter Konsumvorfall 231
9.5.3 Konsumvorfälle oder Konsummuster? 232
9.5.4 Konsumvorfall und Lösungsanalyse 232
9.6 Die Arbeit im ambulanten Konsultationsteam 233
9.7 Kooperationen mit anderen Berufsgruppen 235
9.8 Dauer der ambulanten DBT-S-Behandlung 235

10 Fester Stand bei maximaler Flexibilität – Konzept für eine komplementäre DBT-S-Einrichtung
Daniela Reich **237**

10.1 Einführung 237
10.2 Komplementäre DBT-S-Behandlungseinheit – Rahmenbedingungen, Personalstruktur, Zugang 239
10.3 Grundlagen der Betreuung 240
10.4 Behandlungskonzept 241
10.5 Skills-Training 246
10.6 Besondere Attachmentstrategien 248
10.7 Umgang mit Aggressionen, Gewaltandrohungen und Gewaltausübung 249
10.8 Fallbeispiel 253

11 „DBT-Sucht“ mit Opiatabhängigen
Brigitte Kraus **256**

11.1 DBT-S als Angebot 257
11.2 Durchführung DBT-S 257
11.3 Erfahrungen 259

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Zimmermann, Förster und Reiske: DBT-Sucht (ISBN 9783840930218). © 2021 Hogrefe Verlag, Göttingen.

12 Implementierung eines DBT-S-Konzeptes
Thorsten Kienast **261**

12.1 Implementierungsprozesse in verschiedenen Konstellationen 261
12.2 Der Weg zum routinierten DBT-S-Bereich – ein Change-Management-Prozess 265
12.3 Die sechs häufigsten Irrtümer über das DBT-S-Konzept 269

13 Ausblick **271**

Literatur **273**

Anhang
Hinweise zu den Online-Materialien 283
Die Autorinnen und Autoren des Bandes 285

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Zimmermann, Förster und Reiske: DBT-Sucht (ISBN 9783840930218). © 2021 Hogrefe Verlag, Göttingen.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Zimmermann, Förster und Reiske: DBT-Sucht (ISBN 9783840930218). © 2021 Hogrefe Verlag, Göttingen.

Einleitung

Für die Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) mittels der in den 1980er Jahren von Marsha Linehan (Universität of Washington, Seattle, USA) entwickelten Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) kann auf gut ausgearbeitete Literatur im deutschsprachigen Raum zurückgegriffen werden. Die DBT erfuhr im Laufe ihrer Weiterentwicklung verschiedene Adaptationen an Komorbiditäten wie Posttraumatische Belastungsstörung, Essstörung, AD(H)S, um nur einige zu nennen. Im vorliegenden Buch wird erstmalig im deutschsprachigen Raum eine Anpassung der DBT für die Behandlung von Betroffenen einer BPS und einer gleichzeitig bestehenden Substanzgebrauchsstörung praxisnah vorgestellt. Die Notwendigkeit, diese Komorbidität explizit zu berücksichtigen, ergibt sich aus der Beobachtung, dass ca. 78 % der Menschen mit einer BPS zusätzlich im Laufe ihres Lebens eine Substanzgebrauchsstörung entwickeln (Kienast et al., 2014) und einer Behandlungsform bedürfen, die beiden Problemlagen gleichermaßen gerecht wird. Für die Entwicklung der DBT-Sucht (DBT-S) legten Linehan und Dimeff mit dem 1997 erstellten unveröffentlichten Manuskript zu DBT-S einen Grundstein, der die Basis für nachfolgende Studien darstellte.

Die Autor*innen dieses Buches bilden auf der Basis ihrer DBT-S-Behandlungserfahrung seit vielen Jahren eine Arbeitsgruppe (Referat DBT-S des Dachverbands DBT), die im deutschsprachigen Raum Anpassungen, Implementierungen und die Weiterentwicklung der DBT-S für verschiedene Behandlungssettings vorantrieb und begleitete. Mit dem Buch ist der Wunsch verbunden, die Erfahrungen und Fallstricke in der Umsetzung der DBT-S zur Verfügung zu stellen. Dies in dem Bewusstsein, dass fortlaufender Austausch mit Patient*innen, Kolleg*innen und die Berücksichtigung von Forschungsergebnissen eine stetige Weiterentwicklung bedeuten wird.

Die Therapie der BPS mit gleichzeitiger Substanzgebrauchsstörung stellt für Betroffene und Behandelnde eine Herausforderung dar. Im ersten Teil des Buches werden zunächst zentrale Aspekte der BPS und der Substanzgebrauchsstörung, Besonderheiten dieser Komorbidität und das zugrunde liegende Ätiologiemodell beschrieben (vgl. Kapitel 1 und 2). In Kapitel 3 wird auf die Veränderungen in der Versorgung dieser Patient*innengruppe eingegangen und es wird der bisherige Forschungsstand zur DBT-S dargestellt.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Zimmermann, Förster und Reiske: DBT-Sucht (ISBN 9783840930218). © 2021 Hogrefe Verlag, Göttingen.

Der zweite Teil des Buches ist der Therapie gewidmet. Ausgehend von der Standard-DBT werden die Erweiterungen in der DBT-S erläutert. Zentral ist die dialektische Ausrichtung. Im Sinne eines „sowohl als auch" bedeutet Dialektik in der DBT das Akzeptieren von Widersprüchen als scheinbar unvereinbare Positionen. Linehan (1996) führte das Bild einer Wippe ein, bei der sich Patient*in und Therapeut*in analog widersprüchlich wirkender Positionen gegenüberstehen. Beide bewegen sich in der Behandlung vor und zurück, balancieren aus und bewegen sich hin zur Mitte, verhandeln eine gemeinsam getragene Position. Die Dialektik zeigt sich sowohl im Fokus auf Veränderung von Erleben und Verhalten als auch in der Akzeptanz beispielsweise sehr schmerzhafter Gefühle in der Therapie. Sie findet sich in der therapeutischen Grundhaltung wie z. B. der dialektischen Abstinenz bei zusätzlicher Substanzgebrauchsstörung, der Beziehungsgestaltung und im sogenannten Konsultationsteam wieder. Ohne Rigidität anzustreben, bietet DBT eine Struktur mit verschiedenen Therapiemodulen, die für die DBT-S erweitert und an Besonderheiten der Substanzgebrauchsstörung angepasst wurden. Vor Therapiebeginn werden transparente Absprachen getroffen. Mithilfe von Attachmentstrategien soll die Bindung an die Therapie erhöht werden, wenn diese zunächst in erlebter Konkurrenz mit den Suchtstoffen steht. Patient*innen mit einer BPS und einer Substanzgebrauchsstörung gelten aufgrund dieser Komorbidität als besonders belastet. Die daraus entstehende Fülle an gleichzeitig dringenden Anliegen und Problemverhaltensweisen in der Behandlung kann überfordern. Die aus der Standard-DBT bekannte dynamische Hierarchisierung des jeweiligen Behandlungsfokus erlaubt hier Prioritäten im Vorgehen zu setzen und berücksichtigt in der DBT-S zusätzlich substanzbezogene Problemverhaltensweisen. Des Weiteren schafft sie eine Struktur, um entlang des Fortschritts in der Therapie zwischen verschiedenen Stadien zu wechseln. Die DBT-S ist nicht ohne die Themen Commitment zur Abstinenz und Konsumvorfälle denkbar. Das Vorgehen muss vielen Aspekten, u. a. der Eigendynamik einer Substanzgebrauchsstörung, den Commitmentmöglichkeiten der Patient*innen, dem Umgang mit verdeckten Rückfällen sowie dem Aufbau eines wirksamen Kontingenzmanagements, gerecht werden.

Ein umfangreiches DBT-S-Fertigkeitentraining (Skills-Training) wird im Kapitel DBT-S-Skills mit Informations- und Arbeitsblättern vorgestellt. Es beinhaltet spezifische, auf eine zusätzliche Substanzgebrauchsstörung abgestimmte, Fertigkeiten. Das Kapitel orientiert sich in seiner Systematik an den Modulen des Fertigkeitentrainings in der Standard-DBT. Es kann als eigenes DBT-S-Skills-Programm oder mit ausgewählten Materialien bedarfsorientiert genutzt werden. Neben didaktischen Ideen werden Erfahrungen aus der Vermittlung für jede dieser DBT-S-Fertigkeiten beschrieben. Beispielhaft ausgefüllte Arbeitsblätter verdeutlichen ihren Einsatz.

Ein Herzstück des Buches bildet die praktische Umsetzung der DBT-S in den verschiedenen Settings, die exemplarische Praxisbeispiele darstellen. Anschaulich

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Zimmermann, Förster und Reiske: DBT-Sucht (ISBN 9783840930218). © 2021 Hogrefe Verlag, Göttingen.

wird das Vorgehen in einem stationären und teilstationären, sogenannten DBT-S-Flex-Programm vorgestellt. In diesem Rahmen wird in einem separaten Kapitel die DBT-S-bezogene Ausgestaltung der Körpertherapie mit konkreten Übungen im Raster der Skills-Module dargelegt. Ein weiteres Kapitel widmet sich der ambulanten DBT-S-Behandlung und illustriert diese anhand eines konkreten Behandlungsfalles mit Beispieldialogen. Die soziale Arbeit im betreuten Wohnen erfordert pragmatisches und konkretes Handeln. Wie werden die mit dem Klientel verbundenen Herausforderungen im Rahmen einer komplementären DBT-S-Behandlungseinheit eines Trägers der Drogenhilfe bewältigt? Erfahrungen mit DBT-S in einer Methadonambulanz mögen einladen, dieses Vorgehen in dem Bereich weiter zu etablieren.

Vielleicht ist bei Ihnen während des Lesens der Wunsch entstanden, DBT-S in ihrem Behandlungssetting zu implementieren, vielleicht befinden Sie sich gerade in diesem Implementierungsprozess und sehen sich mit Fragen und Unsicherheiten konfrontiert. Ein Leitfaden für diesen Prozess legt Erfahrungen, Herausforderungen und gefundene Lösungen aus verschiedenen Blickwinkeln und für verschiedene Settings dar.

Bei der Erstellung des Buches haben wir verschiedene Varianten einer gendergerechten Sprache diskutiert. Das Buch sollte gut lesbar sein, aber keine Bevölkerungsgruppe benachteiligen. In diesem dialektischen Spannungsfeld haben wir uns für den Gender-Star und den Versuch, gendergerechte Formulierungen zu nutzen, entschieden. Auch hier eine Herausforderung.

Unser Dank gilt unseren Patient*innen. Sie sind der Grund für dieses Buch. Sie ermöglichen uns ein vertieftes individuelles Verstehen und fortschreitendes Miteinander-Lernen in der Anwendung und Weiterentwicklung der Methoden.

Des Weiteren danken wir unseren Kolleg*innen für ihre Anregungen und Hilfestellungen beim Erstellen dieses Buchs, insbesondere Dorothee Pink und Hans Gunia für ihre zahlreichen fachlichen Rückmeldungen, Sandra Schauen, Sabine Koch, Wolf-Peter Stiftel, Lisa Kleint, Christian Stiglmayr, Rita Schmitt sowie Henrieke Joouval v. Hoerner.

Vom Hogrefe Verlag danken wir Susanne Weidinger für die sehr kompetente Unterstützung bei der Erstellung des Buches und Martina Hindermann, die geduldig alle unsere Fragen beantwortete.

Unser persönlicher Dank gilt denen, die uns im Herzen besonders nahe sind: Justus, Antonia und Klas Förster, Johannes Seib, Lotta, Ben, Lenie und Johannes Reiske, Heike Harms, Reiner und Jonas Marxsen sowie Christiane Quadflieg. Sie haben auf Zeit mit uns verzichtet und unser Vorhaben mit ihren Möglichkeiten unterstützt.

Berlin, Frühjahr 2021 *Petra Zimmermann, Julia Förster* und *Sophie Reiske*

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Zimmermann, Förster und Reiske: DBT-Sucht (ISBN 9783840930218). © 2021 Hogrefe Verlag, Göttingen.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Zimmermann, Förster und Reiske: DBT-Sucht (ISBN 9783840930218). © 2021 Hogrefe Verlag, Göttingen.

I. Theoretischer Hintergrund

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Zimmermann, Förster und Reiske: DBT-Sucht (ISBN 9783840930218). © 2021 Hogrefe Verlag, Göttingen.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Zimmermann, Förster und Reiske: DBT-Sucht (ISBN 9783840930218). © 2021 Hogrefe Verlag, Göttingen.

1 Beschreibung der Störungsbilder

Sophie Reiske

Im Folgendem werden zuerst die Diagnosekriterien für die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) und die Merkmale Substanzgebrauchsstörung erläutert, um dann auf die Kombination beider Störungen und die hieraus resultierenden Probleme für die betroffenen Menschen und therapeutisch arbeitenden Berufsgruppen einzugehen.

1.1 Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) beschreibt, wie dies für jede Persönlichkeitsstörung gilt, eine tiefgreifende Veränderung im Erleben und Verhalten eines Menschen. Die ICD-10 (International Classification of Diseases der WHO) und das DSM-5 (Diagnostisches und Statistisches Manual der amerikanischen Psychiatriegesellschaft, Version 5) stellen die Grundlage der relevanten Diagnostik dar. In der sich auf Deutsch in Vorbereitung befindlichen 11. Auflage der ICD werden die Persönlichkeitsstörungen in ein dimensionales Modell überführt und in verschiedene Schweregrade unterteilt. Dabei wird es weiterhin die Möglichkeit geben, eine Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus zu diagnostizieren. Zukünftige Darstellungen der Persönlichkeitsstörung in der ICD 11 finden sich anschaulich im Buch Persönlichkeitsstörungen von Renneberg und Herpertz (2021) erläutert. Tabelle 1 zeigt die Diagnosekriterien der BPS nach DSM-5 und ICD-10 (vgl. auch Bohus, 2019). Nach DSM-5 müssen für die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung mindestens fünf der neun beschriebenen Kriterien erfüllt sein.

Tabelle 1: Diagnosekriterien für BPS nach DSM-5 (APA/Falkai et al., 2018) und ICD-10 (Dilling et al., 2016)

DSM-5 – Borderline-Persönlichkeitsstörung[1]	Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und das Muster zeigt sich in verschiedenen Situationen. Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1 Abdruck erfolgt mit Genehmigung aus der deutschen Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition © 2013, Dt. Ausgabe: © 2018, American Psychiatric Association. Alle Rechte vorbehalten.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Zimmermann, Förster und Reiske: DBT-Sucht (ISBN 9783840930218). © 2021 Hogrefe Verlag, Göttingen.

Tabelle 1: Fortsetzung

	1. Verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden. (*Beachte:* Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.) 2. Ein Muster instabiler und intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist. 3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung. 4. Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Essanfälle"). (*Beachte:* Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.) 5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten. 6. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z. B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern). 7. Chronische Gefühle von Leere. 8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen). 9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.
ICD-10 – Emotional instabile Persönlichkeitsstörung – Borderline-Typus (F60.31)	A. Die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung (F60) müssen erfüllt sein. B. Mindestens drei der unter F60.30 B erwähnten Kriterien müssen vorliegen und zusätzlich mindestes zwei der folgenden Eigenschaften und Verhaltensweisen: 1. Störungen und Unsicherheit bzgl. Selbstbild, Zielen und „inneren Präferenzen" (einschließlich sexueller) 2. Neigung sich auf intensive, aber instabile Beziehungen einzulassen, oft mit der Folge von emotionalen Krisen. 3. übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden. 4. wiederholt Drohungen oder Handlungen mit Selbstschädigung 5. anhaltende Gefühle von Leere.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Zimmermann, Förster und Reiske: DBT-Sucht (ISBN 9783840930218). © 2021 Hogrefe Verlag, Göttingen.

Diese Kriterien der BPS lassen sich in drei Dimensionen einordnen, die sich wechselseitig beeinflussen (Bohus, 2019; Stiglmayr & Gunia, 2017):
1. Störung der Affektregulation,
2. Störung der Identität,
3. Störung der sozialen Interaktion.

Störung der Affektregulation

Die Beeinträchtigung der Affektregulation steht im Mittelpunkt der BPS-Problematik (Bohus, 2019). Bei vielen Menschen mit BPS werden rascher intensive und länger andauernde Emotionen als bei Gesunden ausgelöst (Bohus, 2019). Gemäß der Annahme einer biologischen Disposition (vgl. Kapitel 2) verfügen sie über eine niedrige emotionale Reizschwelle, ein damit einhergehendes hohes emotionales Erregungsniveau, sowie eine verlangsamte Beruhigung auf das ursprüngliche Erregungsniveau. Diese Störungen der affektiven Prozesse beeinflussen fast alle Symptome der BPS. Im Bereich der Affekte erleben Menschen mit einer BPS daher häufig vielfältige und starke Emotionen, die sie jedoch unter starkem Stress nicht differenziert wahrnehmen können, und die sich dann in diffusen und aversiven Spannungszuständen äußern (Bohus, 2019; Lieb et al., 2004; Stiglmayr, 2003; Stiglmayr & Gunia, 2017). Deswegen leiden die Betroffenen unter starken, als unangenehm erlebten Gefühlen, die sich in depressiven Episoden, in Wutausbrüchen, Angst- und Panikzuständen ausdrücken können (Linehan, 1996; Lieb et al., 2004). Durch eine übermäßige Reaktivität der Stimmung kommt es zu intensiven Stimmungsschwankungen, während derer die Betroffenen sehr schnell von einem Gefühlszustand zu einem nächsten, oftmals auch zu einem widersprüchlichen Gefühlszustand, wechseln (Renneberg, 2001). Dies kann mehrmals am Tag vorkommen und geschieht oftmals ohne erkennbaren situativen Auslöser (Lieb et al., 2004). In diesen Hochstressphasen ist das logische und planvolle Denken sowie die Selbstreflexion stark eingeschränkt. Die Betroffenen möchten diese belastenden Spannungszustände möglichst schnell beenden. Hierzu werden meist kurzfristig wirksame, aber leider dysfunktionale Strategien eingesetzt, wie zum Beispiel Selbstverletzungen, Hochrisikoverhalten und Intoxikationen (Bohus, 2019).

„Die meisten manifesten Probleme auf der Verhaltensebene können als unmittelbare Folgen von Störungen der Emotionsregulation verstanden werden oder als dysfunktionale Bewältigungsstrategien“ (Bohus, 2019, S. 7f.). Auf der Verhaltensebene zeigen sich vor allem impulsive Verhaltensmuster. Am bekanntesten ist das selbstverletzende Verhalten, welches laut Petermann und Winkel (2005) „... nicht mit suizidalen Absichten einhergeht“ (S. 23). Selbstverletzende, lebensbedrohliche Verhaltensweisen können zum Beispiel sein: sich schneiden, den Kopf

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Zimmermann, Förster und Reiske: DBT-Sucht (ISBN 9783840930218). © 2021 Hogrefe Verlag, Göttingen.

oder die Faust gegen die Wand schlagen, sich verbrennen, sich verätzen, spitze Gegenstände schlucken oder Reinigungsmittel trinken. Bei fast 80 % der Selbstverletzungen nehmen die Betroffenen den Schmerz kaum war. Viele berichten einen Zustand von Ruhe und Entspannung, meist stellt sich das Schmerzempfinden erst nach 20 Minuten wieder ein (Bohus, 2019). Teilweise wird Selbstverletzung auch zur Aufhellung der Stimmung eingesetzt, bei ca. 20 % der Betroffenen ist dies der Fall (Bohus, 2019).

In der Behandlung von Menschen mit BPS spielt die Suizidalität eine wichtige Rolle. „Jüngere Untersuchungen zeigen jedoch, dass die Rate an erfolgreichen Suiziden – zumindest bei behandelten Populationen – im Vergleich zu anderen psychischen Störungen relativ niedrig ist" (Bohus, 2019, S. 61). Bohus gibt eine Suizidrate von unter 1 % an, die bei Nachuntersuchungen seiner eigenen Arbeitsgruppe 16 Jahre nach der Behandlung mit DBT erfasst wurde. In einer Langzeituntersuchung von Zanarini et al. (2015) wurde die Suizidrate bei unspezifisch behandelten Menschen mit BPS unter 4 % angegeben.

Die Zahl der Suizidversuche ist mit 66 % allerdings hoch und die drängenden Suizidgedanken oft sowohl eine Belastung für die therapeutisch arbeitenden Berufsgruppen als auch für die Menschen mit BPS selbst (Bohus, 2007; Bohus, 2019). Viele Betroffene berichten, schon im Kindesalter Suizidfantasien gehabt und diese zur Emotionsregulation eingesetzt zu haben, meist in belastenden Situationen. Hierdurch ließ sich die als unerträglich erlebte Gegenwart besser aushalten. Diese gedankliche Flucht aus der belastenden Realität kann sich mit der Zeit immer weiter automatisieren, die erlebte Entlastung führt zu einer Konditionierung, sodass Suizidgedanken automatisch auftauchen, sobald sich die Betroffenen in einer belastenden Situation befinden. Teilweise werden die Suizidgedanken dann von den Betroffenen selbst als beängstigend und nicht kontrollierbar erlebt (Bohus, 2019).

Eine weitere dysfunktionale Bewältigungsstrategie stellt das Hochrisikoverhalten (z. B. Balancieren in großer Höhe, riskantes Verhalten im Straßenverkehr) dar, bei dem Verletzungen in Kauf genommen werden.

Impulsive Verhaltensweisen als weiteres diagnostisches Kriterium beschreiben den in diesem Buch angesprochenen Substanzmissbrauch, Ess-Brechanfälle sowie impulsives sexuelles Verhalten (Promiskuität) (Bohus, 2019; Sipos & Schweiger, 2003). Sie bilden weitere Versuche aversiv erlebte Spannungszustände zu reduzieren oder Dissoziation abzuschwächen.

Unter dem Kriterium der Dissoziation wird die „Desintegration der normalerweise integrativen Funktionen des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Identität oder der Wahrnehmung der Umwelt" verstanden (APA, 1994/1996, zit. nach Stiglmayr, 2003, S. 39). Es entstehen plötzliche Zustände „emotionaler Taubheit", in denen Patient*innen keinerlei Gefühlserleben haben (Bohus, 2019). Häufig, aber nicht

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Zimmermann, Förster und Reiske: DBT-Sucht (ISBN 9783840930218). © 2021 Hogrefe Verlag, Göttingen.

ausschließlich, kommen diese stressassoziierten, dissoziativen Symptome bei traumatisierten Betroffenen vor (Bohus, 2019).

Die dissoziativen Phänomene werden beispielsweise als „Depersonalisation" bezeichnet, dies beschreibt eine veränderte, als unwirklich erlebte Wahrnehmung der eigenen Person. „Derealisation", beinhaltet eine veränderte Raum-/Zeitwahrnehmung (Bohus, 2019; Sipos & Schweiger, 2003; Stiglmayr, 2003). Im Rahmen der Dissoziationen kommt es zu kognitiven Fehlregulationen, diese zeigen sich bei bis zu 60 % der Menschen mit BPS (Bohus, 2019). Gleichzeitig oder auch zusätzlich kann es zu Veränderungen der sensorischen Wahrnehmung, sogenannten somatoformen dissoziativen Zuständen kommen (Bohus, 2019). Diese dissoziativen Zustände gehen meist mit den oben beschriebenen Spannungszuständen einher (Stiglmayr, 2003).

Das Kriterium der durch Belastung ausgelösten, paranoiden Vorstellungen wird im DSM-5 zusammen mit schweren dissoziativen Symptomen genannt. Psychotische Symptome wurden auch bei Menschen mit BPS gefunden, diese sagen nicht unbedingt eine Entwicklung einer psychotischen Störung voraus. Eine genaue diagnostische Abklärung ist hier notwendig (Barnow et al., 2010).

Ungefähr 25 % der Menschen mit BPS berichten von Pseudohalluzinationen (Bohus, 2019). Hier werden vor allen akustische und optische Illusionen beschrieben, die den Betroffenen allerdings als solche bewusst sind. Bei 14 % der Menschen mit BPS zeigen sich diese halluzinatorischen Symptome über einen Zeitraum von zwei Tagen oder länger.

Störung der Identität

Das Kriterium der Instabilität des Selbstbildes kann als weiteres Symptom hinzukommen. Diese Unklarheit in der Identität zeigt sich im häufigen Wechsel der Ziele und Prioritäten und beeinträchtigt dadurch den alltäglichen Umgang mit nicht eindeutigen Situationen und in sozialen Beziehungen. Diese Instabilität der Identität wird häufig in Abhängigkeit von unterschiedlichen Bezugspersonen deutlich. Betroffene gehen zum Beispiel in einer einzigen sozialen Rolle auf oder haben Probleme, eine soziale Rolle mit den darin enthaltenen Ansprüchen an die Person anzunehmen. Es kann das Gefühl entstehen, sich darin zu verlieren (Stiglmayr & Gunia, 2017). In diesem Zusammenhang berichten Patient*innen oft davon, sich ihrem Gegenüber anzupassen und dessen Werte und Vorstellungen zu übernehmen. Auch wird ein Gefühl der Zerrissenheit beschrieben. „Die Ätiologie dieser selbstbezogenen Identitätsstörung ist unklar und Gegenstand vielfältiger theoretischer Überlegungen" (Bohus, 2019, S. 10). Das häufig beschriebene Kriterium der chronischen inneren Leere, eine Unverbundenheit mit sich selbst, wird ebenfalls der Identitätsstörung zugeordnet (Bohus, 2019).

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Zimmermann, Förster und Reiske: DBT-Sucht (ISBN 9783840930218). © 2021 Hogrefe Verlag, Göttingen.

Störung der sozialen Interaktion

Häufig zeigen Menschen mit BPS deutliche Schwierigkeiten in interpersonellen Beziehungen. Sie gehen zumeist intensive Beziehungen ein, die oft durch eine Dysregulation von Nähe und Distanz geprägt sind (Bohus, 2019; Stiglmayr & Gunia, 2017). Typischerweise zeigt sich ein schneller Wechsel zwischen Idealisierung und Abwertung des Gegenübers, der mit einer unangemessenen Nähe und Distanzregulation einhergeht (Stiglmayr & Gunia, 2017).

Das Kriterium der übermäßigen Angst, verlassen zu werden, steht dabei meist im Vordergrund. Es kann sein, dass Abwesenheit mit realer Verlassenheit verwechselt wird und verzweifelte Anstrengungen unternommen werden, um nicht allein gelassen zu werden. Es wird versucht, die Person dauerhaft an sich zu binden, zum Beispiel durch ständiges Anrufen, SMS schreiben oder sich an der Person festklammern (Bohus, 2019; Lieb et al., 2004; Sipos & Schweiger, 2003). Gleichzeitig können Gefühle von Nähe und Geborgenheit bei den Betroffenen ein starkes Empfinden von Angst, Schuld oder Scham auslösen (Bohus, 2019). Aufgrund von befürchtetem Verlust initiieren Menschen mit BPS oft heftige Auseinandersetzungen. Häufig kommt es zu spontanen Beziehungsabbrüchen, die von intensiven Bemühungen einer Widerannäherung gefolgt sein können. Somit werden Beziehungen von den Betroffenen oftmals als chaotisch und instabil erlebt. Gleichzeitig besteht bei den Betroffenen eine starke Angst vor sozialer Zurückweisung und Abwertung, weshalb sie Schwierigkeiten haben, Vertrauen aufzubauen. So fühlen sich die Betroffenen oft ausgeschlossen und erleben Misstrauen gegenüber Sozialpartner*innen.

Auf der kognitiven Ebene treten häufig extreme Einstellungen und Ideen auf, hierzu zählen nach Beck und Freeman (1999) vor allem die folgenden drei Grundannahmen: „Die Welt ist gefährlich und feindselig", „Ich bin machtlos und verletzlich", „Ich bin von Natur aus inakzeptabel" (S. 163). Dies drückt übermäßiges Misstrauen und Argwohn aus, was jedoch kein psychotisches oder wahnhaftes Erleben darstellt (Lieb et al., 2004).

Dichotomes Denken oder das sogenannte Schwarz-Weiß-Denken ist eine weitere kognitive Verzerrung (Beck & Freeman, 1999), die besonders häufig bei Menschen mit einer BPS zu sehen ist. Hierbei erfolgt eine Bewertung, in sich gegenseitig ausschließenden Kategorien, welche teilweise zu extremen Reaktionen führt, die auf andere Menschen irritierend wirken. Ein Beispiel wäre die Grundannahme „Wer mich wirklich kennt, kann mich nicht mögen".

Beim Erleben von starken emotionalen Spannungszuständen ist es für die Betroffenen meist nicht möglich, geeignete soziale Problemlösestrategien anzuwenden. Stattdessen zeigen und erfahren Menschen mit BPS unkontrollierbare emotionale Reaktionen und fühlen sich diesen ausgeliefert (Linehan, 1996; Sipos & Schweiger, 2003).

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Zimmermann, Förster und Reiske: DBT-Sucht (ISBN 9783840930218). © 2021 Hogrefe Verlag, Göttingen.

1.2 Substanzgebrauchsstörungen

Die ICD-10 unterscheidet zwischen einem Abhängigkeitssyndrom und dem schädlichen Gebrauch von Substanzen. Substanzgebundene Störungen werden unter F1 kodiert, die Unterscheidung der verschiedenen Substanzen findet durch die zweite Stelle statt, an dritter Stelle folgen dann die konsumassoziierten Zustände, wie z. B. akute Intoxikation, schädlicher Gebrauch, Abhängigkeitssyndrom usw. (Batra & Bilke-Hentsch, 2016). Im Folgenden werden die Diagnosekriterien für ein Abhängigkeitssyndrom zusammengefasst (vgl. Kasten):

Kriterien der ICD-10 für ein Abhängigkeitssyndrom (Dilling et al., 2015)

F10.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, *Abhängigkeitssyndrom:*

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom (siehe F1x.3 und F1x.4) bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
4. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich (eindeutige Beispiele hierfür sind die Tagesdosen von Alkoholikern und Opiatabhängigen, die bei Konsumenten ohne Toleranzentwicklung zu einer schweren Beeinträchtigung oder sogar zum Tode führen würden).
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z. B. Leberschädigungen durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Substanzkonsums oder drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen. Es sollte dabei festgestellt werden, dass der Konsument sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist.

Bezogen auf die vergangenen zwölf Monate müssen mindestens drei von sechs Kriterien erfüllt sein. Kennzeichnend sind die Unfähigkeit zur Abstinenz, der Verlust der Kontrolle über den Substanzkonsum, die Entwicklung einer Toleranz in Bezug auf die Subtanzwirkung, sowie das Auftreten von körperlichen Entzugssymptomen (Batra & Bilke-Hentsch, 2016). Meist werden andere Interessen und Pflich-

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Zimmermann, Förster und Reiske: DBT-Sucht (ISBN 9783840930218). © 2021 Hogrefe Verlag, Göttingen.

ten hintenangestellt und trotz eindeutiger schädlicher Folgen für die Betroffenen wird weiter konsumiert. Ein schädlicher Gebrauch einer bestimmten Substanz liegt dagegen dann vor, wenn eine Abhängigkeit ausgeschlossen ist, dennoch dem Konsum eine tatsächliche psychische oder physische Schädigung folgt.

Substanzgebrauchsstörung: Charakteristische Muster gemäß DSM-5

2013 erschien die fünfte Version des *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM-5), das die amerikanische Psychiatriegesellschaft (American Psychiatric Association, APA) veröffentlichte. Diese Klassifikation hebt die bisherige Unterscheidung zwischen Missbrauch und Abhängigkeit auf und erlaubt stattdessen anhand von insgesamt elf Kriterien die Einschätzung, ob eine milde, moderate oder eine schwere Substanzgebrauchsstörung vorliegt (Batra & Bilke-Hentsch, 2016).

> Die Zusammenführung von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit zu einem gemeinsamen Störungsbild wird durch eine Reihe von Befunden gestützt, die die Differenzierung vom Missbrauch und Abhängigkeit in Frage stellen und der kategorialen Differenzierung eher ein dimensionales Störungsmodell mit unterschiedlichen Ausprägungsgraden gegenüber stellen. (Rumpf & Kiefer, 2011, S. 45)

Die Autoren beschreiben einige Studien, die das Differenzieren zwischen diesen beiden diagnostischen Kategorien von Missbrauch und Abhängigkeit bei Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch sowie bei Drogenmissbrauch und -abhängigkeit nicht bestätigen konnten (Rumpf & Kiefer, 2011). Um diesen Ergebnissen gerecht zu werden, wurde für das DSM-5 vorgeschlagen, die Merkmale von Abhängigkeit und Missbrauch in die Störungen durch Substanzkonsum (Substanzkonsumstörungen) überzuführen und dabei unterschiedliche Ausprägungsgrade der Störung zu diagnostizieren. Zusätzlich wurde das Kriterium „craving" (Suchtdruck) hinzugefügt, das es schon in der ICD-10 gab, aber nicht im DSM-IV (vgl. Rumpf & Kiefer, 2011).

Im DSM-5 gilt: Liegen mindestens zwei Merkmale innerhalb eines 12-Monats-Zeitraums vor, gilt die jeweilige Substanzkonsumstörung (z. B. Alkoholkonsumstörung, Cannabiskonsumstörung) als erfüllt. Sind bezogen auf die vergangenen zwölf Monate zwei bis drei Kriterien erfüllt, so wird diese als milde Störung bewertet, bei vier oder fünf erfüllten Kriterien als moderate Störung und bei sechs und mehr erfüllten Kriterien als schwere Störung. Alle Substanzkonsumstörungen haben folgende gemeinsame Merkmale (APA/Falkai et al., 2018, S. 662–667):

- Die Person konsumiert die Substanz in größeren Mengen oder über einen längeren Zeitraum als beabsichtigt;
- Es besteht ein anhaltender Wunsch oder es gibt erfolglose Versuche, den Substanzkonsum zu beenden oder zu kontrollieren;

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Zimmermann, Förster und Reiske: DBT-Sucht (ISBN 9783840930218). © 2021 Hogrefe Verlag, Göttingen.

- Die Person verbringt viel Zeit damit, die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von der Wirkung der Substanz zu erholen;
- Craving oder intensives Verlangen, die Substanz zu konsumieren;
- Der wiederholte Substanzkonsum führt zu einem Versagen bei der Erfüllung von wichtigen Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder im Haushalt.
- Die Person setzt den Substanzkonsum trotz andauernder oder wiederkehrender sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme fort, die durch die Wirkungen der Substanz verursacht oder verschärft werden;
- Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzkonsums aufgegeben oder eingeschränkt;
- Wiederholter Substanzkonsum in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann;
- Die Person setzt den Substanzkonsum fort, trotz des Wissens, dass sie an einem andauernden oder wiederkehrenden psychischen oder körperlichen Problem leidet, das wahrscheinlich durch die Substanz hervorgerufen oder verstärkt wird.
- Die Toleranzentwicklung zeigt sich durch einen deutlichen Anstieg der benötigten Dosis, um den gewünschten Effekt zu erreichen, oder durch eine deutlich verminderte Wirkung beim Konsum der üblichen Dosis.
- Entzugssymptome oder Substanzkonsum, um Entzugssymptome zu vermeiden.

Die ICD-11 wird sich voraussichtlich den Änderungen in der Diagnostik der Substanzkonsumstörung im DSM-5 nicht anschließen (Gmel, 2015). Dies führt nicht nur zu einem Auseinanderdriften der Klassifikationssysteme, sondern auch zu einer Diskrepanz in der Forschung und der klinischen Praxis (Gmel, 2015).

1.3 Diagnostik der Komorbidität

Die Kombination aus psychischer Erkrankung und einer stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankung durch eine oder mehrere psychotrope Substanzen wird mit dem Begriff Doppeldiagnose (DD) bezeichnet. Der Begriff Komorbidität bezieht sich im Gegensatz zur Doppeldiagnose nicht auf eine Subtanzgebrauchsstörung als eine der Diagnosen, sondern beschreibt das Hinzukommen einer weiteren psychischen Störung oder Erkrankung unabhängig von ihrer Art (Moggi, 2002). Moggi (2002) weist auf der Basis epidemiologischer Studien darauf hin, dass das relative Risiko, eine zusätzliche Substanzgebrauchsstörung zu entwickeln, bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung um ein 2,5-Faches erhöht ist.

Bei akuter Intoxikation kann die Einordnung problematischen psychischen Erlebens und Verhaltens differenzialdiagnostisch Schwierigkeiten bereiten. Sind diese Folge der Intoxikation oder bestanden sie schon vor der Substanzgebrauchsstörung als eigenständige Erkrankung? Die genaue Exploration der Symptome, vor allem der Beginn und das Ende der Symptome ist dringend notwendig. Weiterhin

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Zimmermann, Förster und Reiske: DBT-Sucht (ISBN 9783840930218). © 2021 Hogrefe Verlag, Göttingen.

sollte erhoben werden, ob diese Symptome zum Beispiel in längeren abstinenten Phasen sichtbar waren (Moggi & Donati, 2004). In der Diagnostik muss die Substanzdosis, die Konsumdauer, die typischen Folgen des Konsums sowie deren Intoxikationsmerkmale und Entzugssymptome miteinbezogen werden (Moggi & Donati, 2004).

Als Faustregel zum Stellen eine Differenzialdiagnose geben Moggi und Donati (2004) an: „Wenn Symptome *mehr als vier* Wochen nach einer akuten Intoxikations- und Entzugssymptomatik noch bestehen, wird von einer nicht substanzinduzierten Störung ausgegangen, eine DD diagnostiziert und die Person entsprechend behandelt“ (S. 16).

1.4 Epidemiologische Befunde zur Borderline-Persönlichkeitsstörung

Daten zur Prävalenz der BPS in der Allgemeinbevölkerung werden relativ einheitlich mit ca. 0,8 bis 1,5 % (Bohus, 2005) bzw. mit 1 bis 2 % (Lieb et al., 2004; Renneberg, 2001; Bohus, 2019) angegeben. Die Ergebnisse der NESARC-Studie („National Epidemiologic Survey on Alcohol and Relatet Conditions“) erfassten nach einer Befragung von über 43.000 erwachsenen Studienteilnehmer*innen für die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Punktprävalenz von 2,7 % (Trull et al., 2010). Laut APA (2005) tritt die BPS von allen Persönlichkeitsstörungen im klinischen Umfeld am häufigsten auf. Im ambulanten klinischen Kontext liegt der Anteil von Menschen mit einer BPS bei ca. 10 %. In psychiatrischen Kliniken wird der Anteil der Menschen mit einer BPS auf ca. 15 bis 20 % geschätzt, wobei ca. 30 bis 60 % der Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung eine BPS aufweisen (APA, 2005; Lieb et al., 2004; Bohus, 2019).

Klinischer Konsens besteht darüber, dass der Beginn, zumindest eines Teils der Kernsymptomatik der BPS in der Adoleszenz liegt. Der Ausprägungsgrad der Borderline-Symptomatik ist bei der Mehrzahl der Menschen mit BPS während des dritten Lebensjahrzehnts am stärksten. Mit zunehmendem Alter reduzieren sich die Symptome oder flachen zumindest in ihrer Intensität ab.

Links, Heslegrave und van Reekum (1998) berichten in einer prospektiven Follow-up-Studie, dass mehr als 50 % der untersuchten Menschen mit BPS – die an einem stationären Behandlungsprogramm teilgenommen hatten – nach sieben Jahren remittiert waren. Bei der anderen Hälfte hatte die Diagnose BPS nach sieben Jahren weiterhin Bestand. Andere Studien ermittelten Remissionsraten von 50 % bis 90 % für die Betroffenen in der vierten und fünften Lebensdekade (Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich & Silk, 2006; Stone, 1990). Die Prognose für Menschen mit BPS ist, in Bezug auf die Remission der Störung, in den meisten Fällen wesentlich günstiger als für andere Persönlichkeitsstörungen (Paris, 2005).

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Zimmermann, Förster und Reiske: DBT-Sucht (ISBN 9783840930218). © 2021 Hogrefe Verlag, Göttingen.