

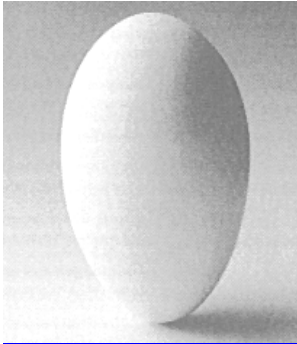
AWP – BERLIN

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

Anwendungsmöglichkeiten der Dialektisch-Behavioralen Therapie

Referent: Christian Stiglmayr

3. Netzwerktreffen, Münsterlingen, 23. Juni 2007



Christian Stiglmayr

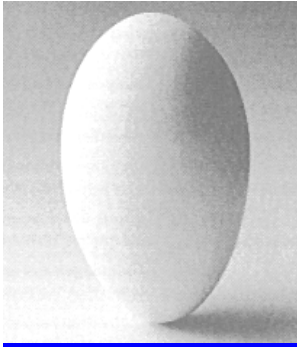
A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Gliederung

- Kernsymptome Borderline-Persönlichkeitsstörung
- Prävalenz/Kosten
- Entwicklung der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT)
- Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)
- Die Standard DBT
- Modifikationen der DBT
- Wirkvariablen der DBT



Christian Stiglmayr

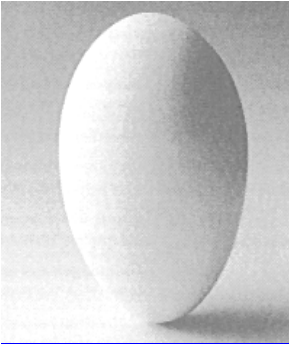
A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Die Borderline-Persönlichkeitsst. - drei Kernsymptome -

- (1) Instabilität im affektiven Bereich
- (2) Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen
- (3) Instabilität im Selbstbild



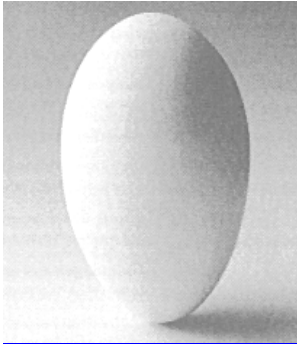
Christian Stiglmayr

A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007





Christian Stiglmayr

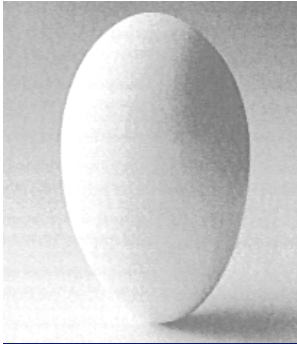
A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Prävalenz/Kosten

- Zwischen 1% und 2% der Gesamtbevölkerung
- Ca. 10% aller ambulanten und ca. 20% aller stationär behandelten Pat.
- Durchschnittliche jährliche stationäre Aufenthaltsdauer: 63 Tage
- Behandlungskosten pro Pat./Jahr: 24.000 DM
⇒ Jährliche Gesamtbehandlungskosten: 6,2 Mrd. DM
(aus Jerschke et al., 1998)
- BPS gilt auch international als eine der teuersten psychischen Störungen



Christian Stiglmayr

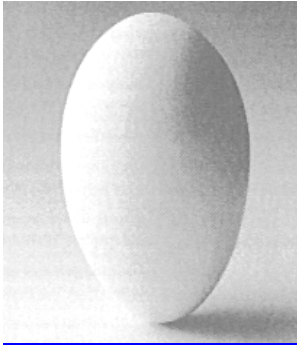
A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Entwicklung der Dialektischen- Behavioralen Therapie (DBT)

- Entwicklung der DBT in den 80er Jahren durch Prof. Dr. Marsha Linehan in Seattle/USA
- Zunächst störungsspezifisches Programm zur Therapie von Pat. mit BPS
- BPS als Affektregulationsstörung
 - Reduktion von suizidalem und selbstschädigendem Verhalten oberste Priorität
 - Darüber deutliche Reduktion der Behandlungskosten (bis zu 9000 \$/Jahr/Pat.; Linehan & Heard, 1999)

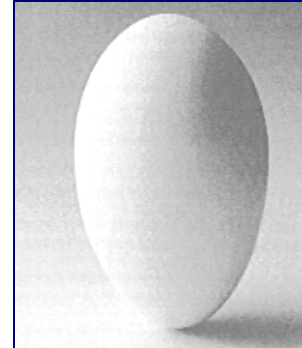


Christian Stiglmayr

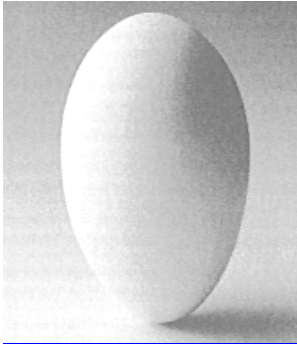
A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007



Allgemeine Grundlagen der DBT



Christian Stiglmayr

A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Kennzeichen der DBT

D = Dialektisch

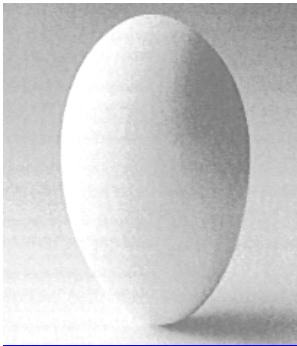
- Balance Akzeptanz / Veränderung

B = Behavioral

- Verhaltenstherapeutische Basis

T = Therapie

- Integratives Vorgehen
- Struktur/Zielhierarchie
- Achtsamkeit für Grenzen



Christian Stiglmayr

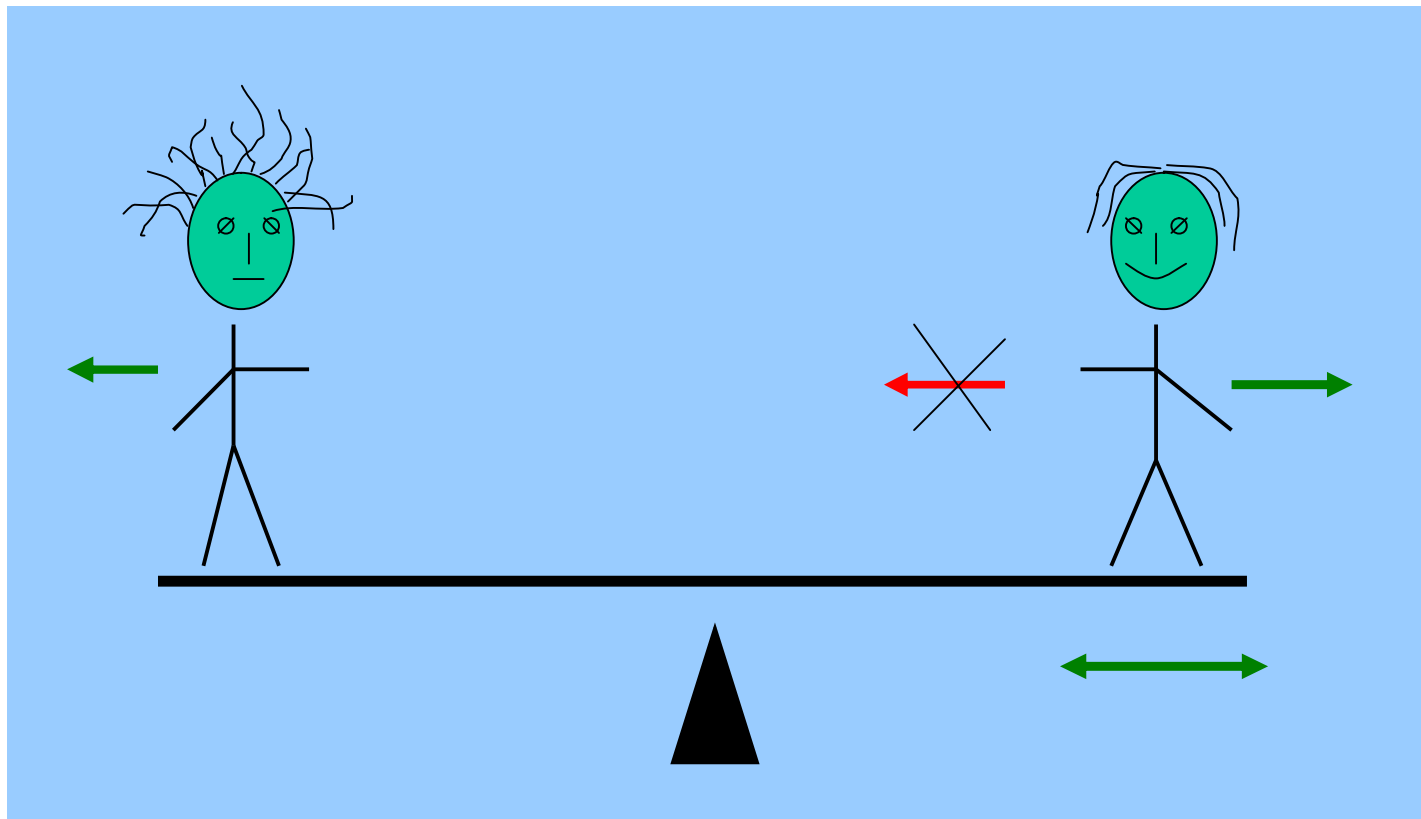
A W P - B E R L I N

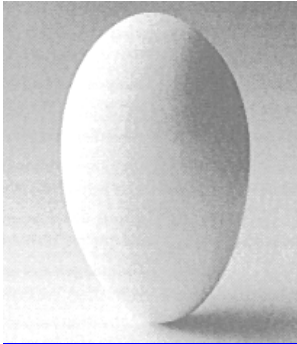
Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Kennzeichen der DBT

- Balance in der Beziehung -





Christian Stiglmayr

A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Kennzeichen der DBT - Techniken der Balance -

Akzeptanz

Validierung

Im Moment
sein

Miteinander

Warme, zugewandte
Kommunikation



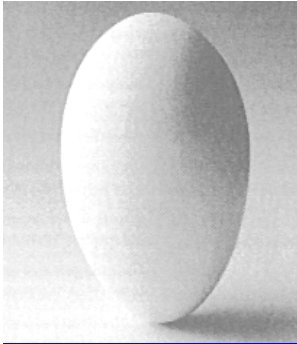
Veränderung

Veränderungs-
strategien

Der Zielhierarchie
folgen

Eigene Grenzen
beachten

Provokative, freche
Kommunikation



Christian Stiglmayr

A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Kennzeichen der DBT

D = Dialektisch

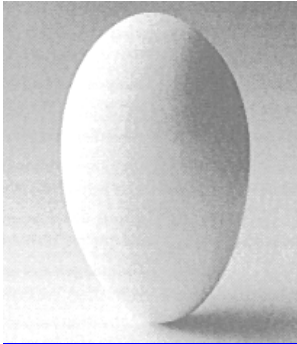
- Balance Akzeptanz / Veränderung

B = Behavioral

- Verhaltenstherapeutische Basis

T = Therapie

- Integratives Vorgehen
- Struktur/Zielhierarchie
- Achtsamkeit für Grenzen



Christian Stiglmayr

A W P - B E R L I N

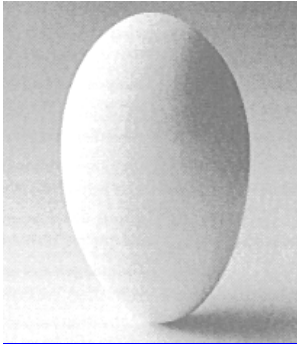
Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Kennzeichen der DBT

- Verhaltenstherapeutische Basis -

- „Arbeitsinstrument“: Verhaltensanalyse
- Klassische Konditionierung:
was löst das Verhalten aus?
- Operante Konditionierung:
was hält das Verhalten aufrecht?
- Kontingenzmanagement



Christian Stiglmayr

A W P – B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Kennzeichen der DBT

D = Dialektisch

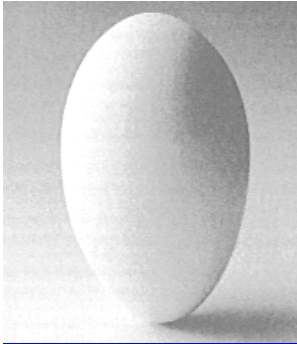
- Balance Akzeptanz / Veränderung

B = Behavioral

- Verhaltenstherapeutische Basis

T = Therapie

- Integratives Vorgehen
- Struktur/Zielhierarchie
- Achtsamkeit für Grenzen



Christian Stiglmayr

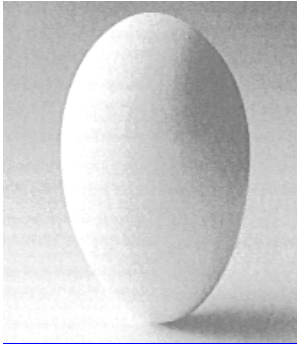
A W P – B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Kennzeichen der DBT - Integratives Vorgehen -

- Verhaltenstherapie
- Kognitive Therapie
- Gesprächspsychotherapie
- Gestalttherapie
- Östliche Philosophie



Christian Stiglmayr

A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Kennzeichen der DBT

D = Dialektisch

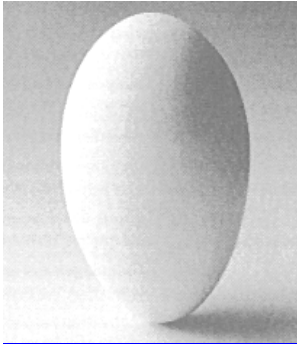
- Balance Akzeptanz / Veränderung

B = Behavioral

- Verhaltenstherapeutische Basis

T = Therapie

- Integratives Vorgehen
- Struktur/Zielhierarchie
- Achtsamkeit für Grenzen



Christian Stiglmayr

A W P - B E R L I N

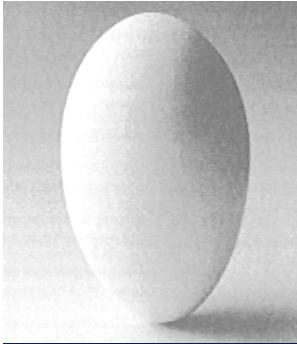
Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Kennzeichen der DBT

- Struktur -

1. Vorbereitungsphase
(Therapievereinbarung)
2. Schwerwiegende Probleme auf der
Verhaltensebene
3. Schwerwiegendes Leid auf der
emotionalen Ebene (Traumatherapie)



Christian Stiglmayr

A W P – B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

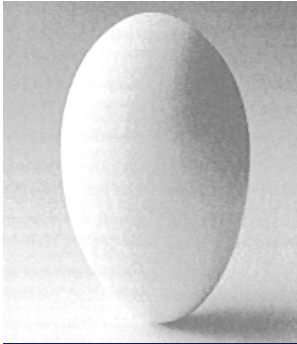
23.06.2007

Kennzeichen der DBT

- DBT-Behandlungsfoci (1) -

1. Vorbereitungsphase

- Aufklärung über Biosoziale Theorie
- Verhaltensanalyse letzter Suizidversuch, letzte Selbstverletzung
- Therapieziele
- Unterschreiben des Therapievertrages



Christian Stiglmayr

A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

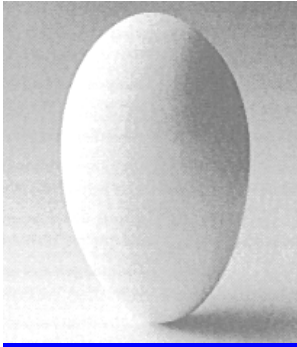
23.06.2007

Kennzeichen der DBT

- DBT-Behandlungsfoci (2) -

2. Schwerwiegende Verhaltensprobleme

- Verringern von
 - suizidalem und selbstverletzendem Verhalten
 - therapiegefährdendem Verhalten
 - Verhalten, das die Lebensqualität beeinträchtigt
- Verbesserung von Verhaltensfertigkeiten



Christian Stiglmayr

A W P – B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

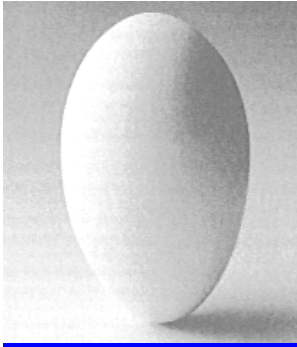
23.06.2007

Kennzeichen der DBT

- DBT-Behandlungsfoci (3) -

3. Schwerwiegendes Leid auf der emotionalen Ebene

- Verringern von Symptomen, die im Rahmen eines posttraumatischen Stresssyndroms auftreten
- Erlernen von nicht-traumatisierendem Erleben von Emotionen



Christian Stiglmayr

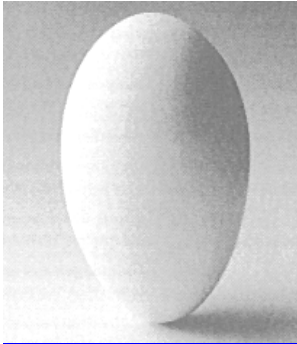
A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Voraussetzungen für Traumatherapie

- Umgang mit Suizidalität
- Emotionsmodulation
- Umgang mit Selbstschädigung
- Erfahrene TherapeutIn
- Reale Lebensqualität
- Selbstmanagement von Dissoziation



Christian Stiglmayr

A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Kennzeichen der DBT

D = Dialektisch

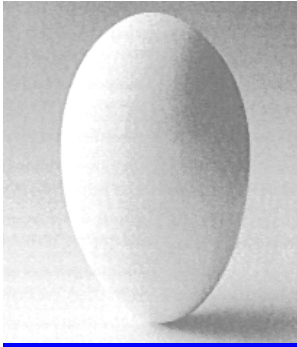
- Balance Akzeptanz / Veränderung

B = Behavioral

- Verhaltenstherapeutische Basis

T = Therapie

- Integratives Vorgehen
- Struktur/Zielhierarchie
- Achtsamkeit für Grenzen



Christian Stiglmayr

A W P - B E R L I N

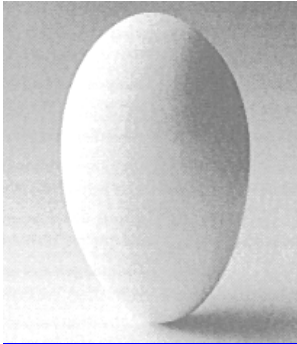
Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Kennzeichen der DBT

- Achtsamkeit für die eigenen Grenzen -

- Auf die eigenen Grenzen achten und diese der Patientin mitteilen
- Eigene Grenzen sind zum Wohl der TherapeutIn - nicht der Patientin
- Der Patientin helfen, mit den Grenzen der TherapeutIn umzugehen
- Im Notfall vorübergehend die eigenen Grenzen ausdehnen
- Hilfe suchen, wenn die Bedürfnisse der Patientin die Grenzen überschreiten



Christian Stiglmayr

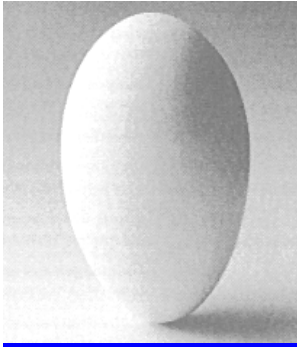
A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Auswirkungen der DBT auf die TherapeutInnen

- Klarheit und Übersichtlichkeit des therapeutischen Vorgehens
- Offenheit für verschiedene therapeutische Ansätze
- Emotionale Entlastung durch Behandlungsteam und Achten auf eigene Grenzen
- Therapie kann Spaß machen



Christian Stiglmayr

A W P - B E R L I N

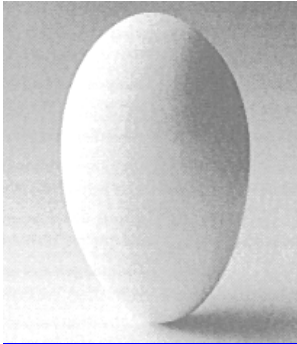
Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Standard DBT

- Therapiebausteine -

- Ambulante Einzel-Psychotherapie
- Telefonkontakte
- Ambulantes Skillstraining
- Supervision
- Ergänzende Behandlungen
 - z.B. Pharmakotherapie, stationäre Behandlung



Christian Stiglmayr

A W P - B E R L I N

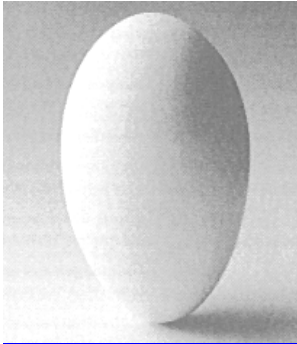
Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Standard DBT

- Behandlungsziele -

- **Behandlungsziele**
 - Reduktion gegenwärtigen suizidalen und selbstverletzenden Verhaltens
 - Reduktion therapiegefährdenden Verhaltens
 - Reduktion von Verhaltensweisen, die die Lebensqualität einschränken
 - **Verbesserung von Verhaltensfertigkeiten**
 - Achtsamkeit
 - Zwischenmenschliche Fähigkeiten
 - Bewusster Umgang mit Gefühlen
 - Stresstoleranz



Christian Stiglmayr

A W P - B E R L I N

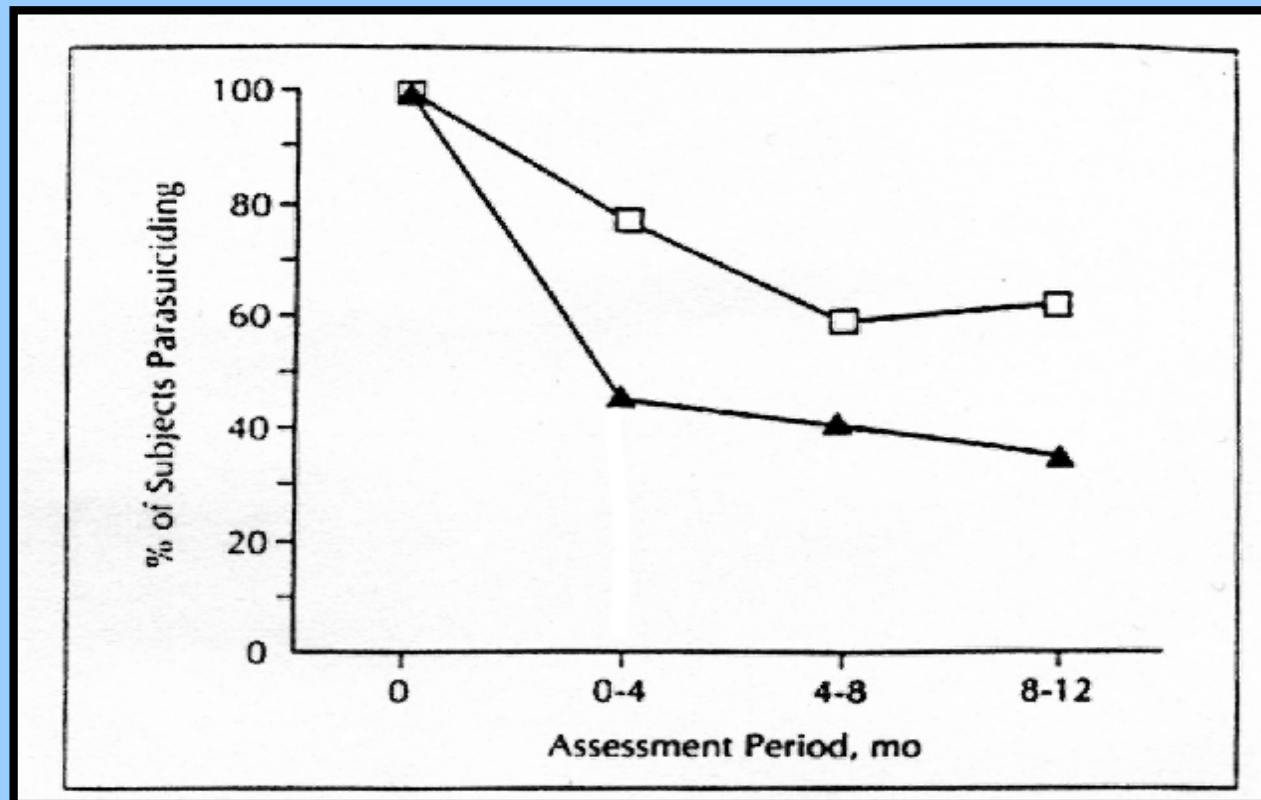
Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

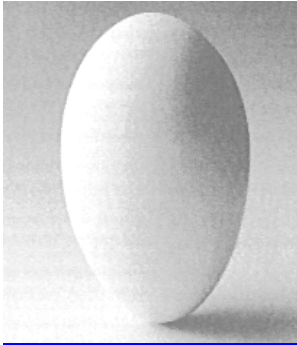
23.06.2007

Standard DBT

- Wirksamkeit der Standard DBT (2) -

Evaluation ambulante DBT vs. Tau (Linehan et al., 1991)





Christian Stiglmayr

A W P - B E R L I N

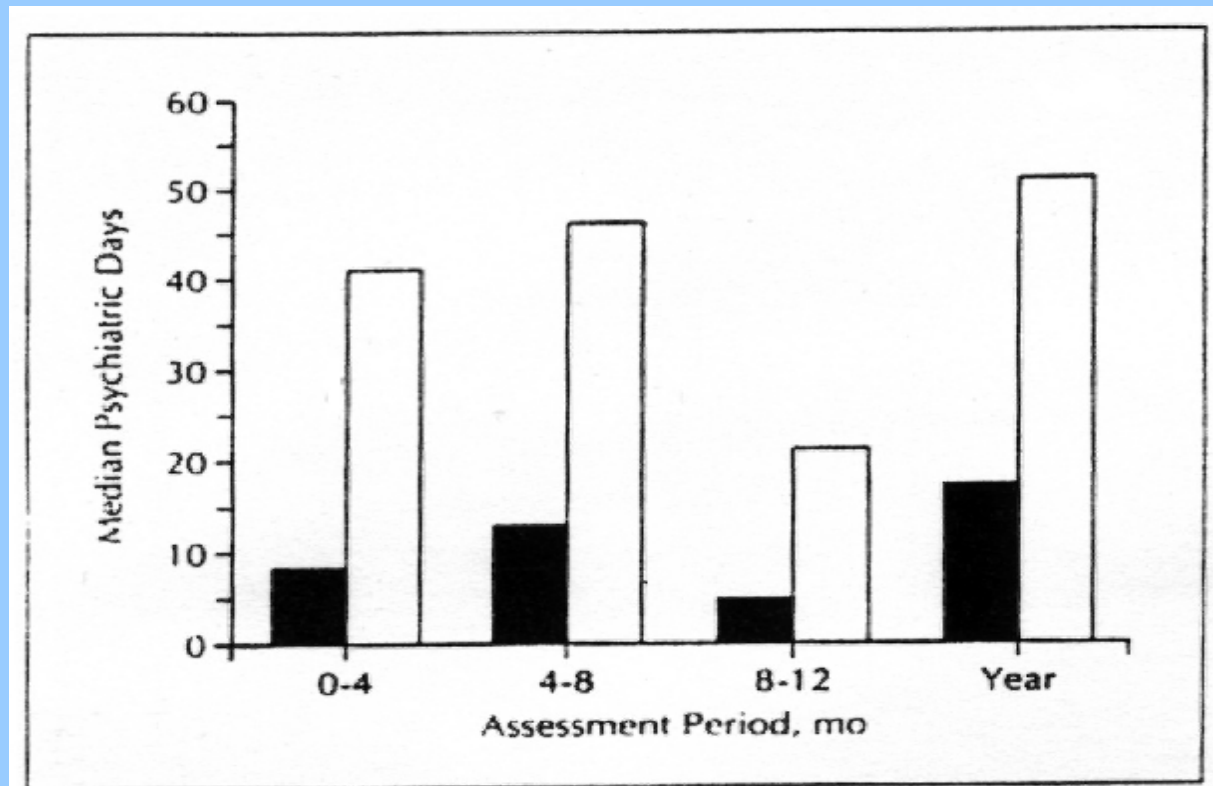
Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

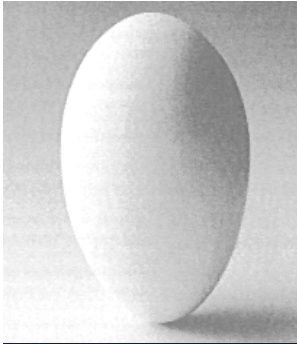
23.06.2007

Standard DBT

- Wirksamkeit der Standard DBT (2) -

Evaluation ambulante DBT vs. Tau (Linehan et al., 1991)





Christian Stiglmayr

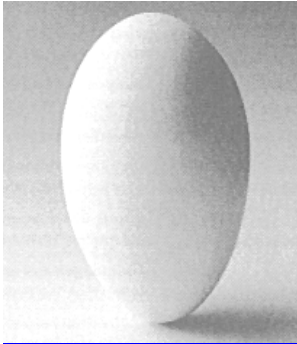
A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Modifikationen

- DBT für Sucht (DBT-S; Linehan et al., 1999)
- DBT für Essstörungen (Telch et al., 2001)
- DBT bei Depressiven (Lynch et al., 2003, 2007)
- DBT stationär (Bohus et al., 2004)
- DBT für Adoleszente (DBT-A; Rathus & Miller, 2002)
- DBT als Krisenintervention (McQuillan et al., 2005)
- DBT in der Forensik (DBT-F; McCann & Ball, 2000)



Christian Stiglmayr

A W P – B E R L I N

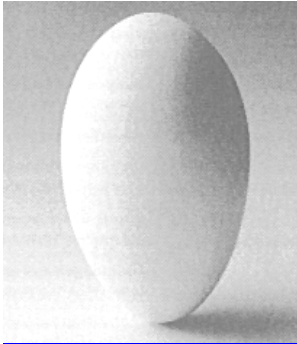
Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

DBT-S

- Behandlungsziele -

- **Behandlungsziele**
 - Reduktion von suizidalem und selbstschädigendem Verhalten einschließlich Sucht
 - Reduktion von therapieschädigendem Verhalten
 - Reduktion von Verhaltensweisen, die die Lebensqualität negativ beeinflussen
 - Verbesserung von Verhaltensfertigkeiten



Christian Stiglmayr

A W P - B E R L I N

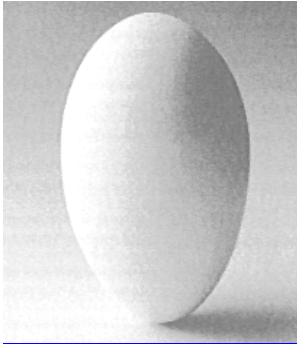
Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

DBT-S

- Suchtspezifische Modifikationen (1) -

- Skillstraining:
 - Individuelles Skillstraining: Erwerb von Skills
 - Gruppen-Skillstraining: Stärkung von Skills
 - Suchtspezifische Skills (z.B. Anti-craving-Skills)
- Case Management
- Familien- und FreundInnennetzwerk („Butterfly“)
- Ggf. Pharamakotherapie/Substitutionstherapie



Christian Stiglmayr

A W P - B E R L I N

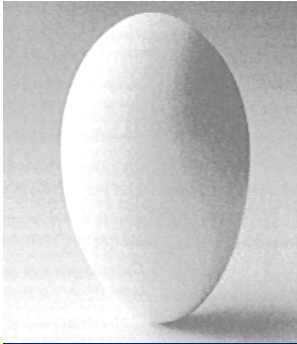
Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

DBT-S

- Suchtspezifische Modifikationen (2) -

- Suchtmittelabhängige Borderliner sind i.d.R. „Butterflies“
 - Verpassen Termine, ohne vorher anzurufen
 - Kommen zu Sitzungen zu spät, wollen früher gehen
 - Rufen nur selten an
 - Fallen generell schneller aus Kontakt raus
- Attachmentstrategien:
 - Mit dem „Butterfly-Problem“ bekannt machen
 - Ansteigender Kontakt zu Beginn der Therapie
 - Kontakt über voice mail, Kurzkontakte
 - Verlorene PatientInnen finden (Social network mapping)



Christian Stiglmayr

A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

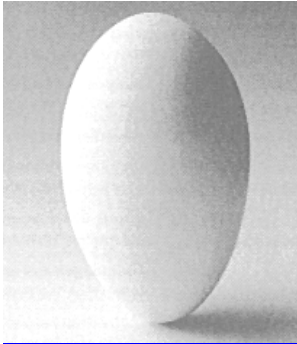
23.06.2007

DBT-S

- Wirksamkeit der DBT-S -

Linehan et al., 1999

- Studie mit BPS-Patientinnen mit Drogenabhängigkeit
- Randomisierte Zuordnung zu DBT-S (n = 14) vs. TAU (n = 16)
- Therapieziel: Abstinenz
- Ergebnisse:
 - Sign. mehr Abstinenztage bei Pat., die mit DBT-S behandelt wurden
 - Sign. weniger Therapieabbrüche im DBT-S-Zweig (45% vs. 81%)
 - Sign. Verbesserung der sozialen Situation im DBT-S-Zweig



Christian Stiglmayr

A W P – B E R L I N

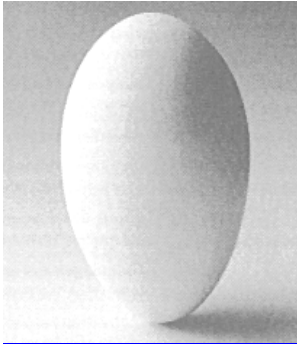
Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

DBT für Essstörungen

- Behandlungsziele -

- **Behandlungsziele**
 - Reduktion von Essanfällen (als Ausdruck einer gestörten Emotionsregulation zentrales Problem)
 - Reduktion von therapieschädigendem Verhalten
 - Reduktion von Verhaltensweisen, die die Lebensqualität negativ beeinflussen
 - Verbesserung von Verhaltensfertigkeiten



Christian Stiglmayr

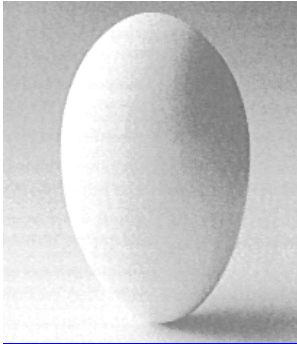
A W P – B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

DBT für Essstörungen - spezifische Modifikationen -

- **Modifikationen für Bulimie Nervosa und Binge Eating**
- **20 Therapiesitzungen**
- **Anpassung der Skills auf essstörungsspezifische Probleme
(Reduktion des Verlangens nach Essen)**



Christian Stiglmayr

A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

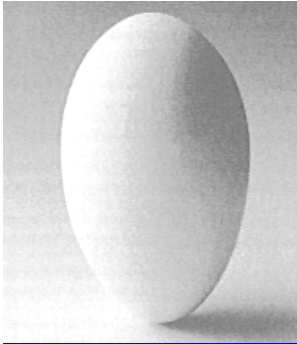
23.06.2007

DBT für Essstörungen

- Wirksamkeit der DBT für Essstörungen-

Telch et al., 2001 (Binge Eating), Safer et al., 2001
(Bulimia Nervosa)

- Randomisierte Studien mit 44 (Telch et al.) bzw. 29 Pat. (Safer et al.) vs. Warteliste
- Ergebnisse:
 - In beiden Studien deutliche Reduktion des pathologischen Essverhaltens um bis zu 89 %.



Christian Stiglmayr

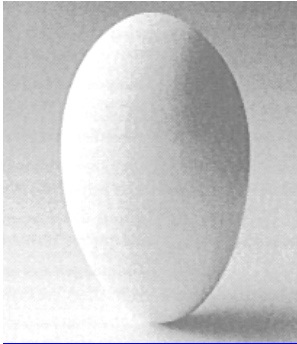
A W P – B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

DBT bei älteren Depressiven - Behandlungsziele -

- **Behandlungsziele**
 - Reduktion von lebensbedrohlichem Verhalten (im Alter höhere Rate an Suiziden!!!)
 - Reduktion von therapieschädigendem Verhalten
 - Reduktion von Verhaltensweisen, die die Lebensqualität negativ beeinflussen
 - Verbesserung von Verhaltensfertigkeiten



Christian Stiglmayr

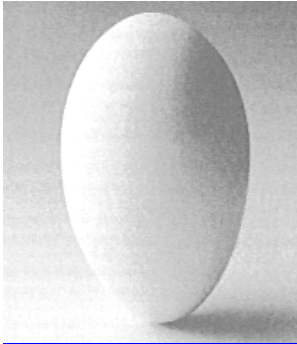
A W P – B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

DBT bei älteren Depressiven - spezifische Modifikationen -

- **Größtes Problem: erhöhte Rigidität im Alter (um so größer die Rigidität, um so schlechter die Prognose)**
- **Anpassung der Skills auf ältere Pat. (z.B. Offenheit für neue Erfahrungen, Gedächtnisskills)**



Christian Stiglmayr

A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

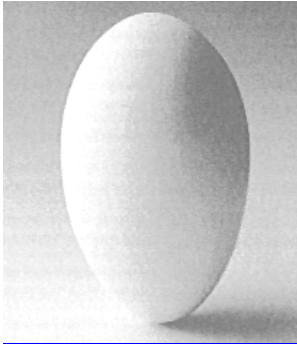
23.06.2007

DBT bei älteren Depressiven

- Wirksamkeit der DBT bei Depr. (1) -

Lynch et al., 2003

- Randomisierte Studie mit 34 depressiven Pat. (Alter > 60) vs. ausschließliche medikamentöse Behandlung.
- Dauer: 28 Wochen
- Ergebnisse:
 - Signifikante Verbesserungen in der depressiven Symptomatik in der DBT-Gruppe im Vergleich zu Kontrollgruppe (71% vs. 47% Remission).
 - Signifikante Verbesserungen bzgl. adaptiven Bewältigungsstrategien und Abhängigkeiten => reduzierte Vulnerabilität für weitere depressive Episoden.



Christian Stiglmayr

A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

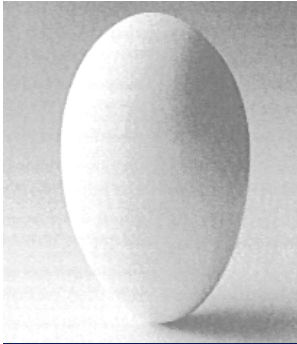
23.06.2007

DBT bei älteren Depressiven

- Wirksamkeit der DBT bei Depr. (2) -

Lynch et al., 2007

- Randomisierte Studie mit 35 depressiven Pat. mit komorbider PS (Alter > 55) vs. ausschließliche medikamentöse Behandlung (MED)
- Dauer: 8 Wochen MED (Phase I), 24 Wochen DBT + MED
- Ergebnisse:
 - Signifikante Verbesserungen in der depressiven Symptomatik in der DBT-Gruppe im Vergleich zu Kontrollgruppe (71% vs. 50% Remission)
 - Verbesserungen bzgl. PS in interpersoneller Sensitivität und interpersoneller Aggression
 - 36% der PS sind remittiert



Christian Stiglmayr

A W P - B E R L I N

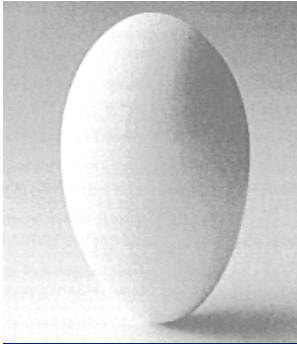
Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Stationäre DBT

- Prinzipien -

- Jede Verhaltensweise der Patientinnen macht im subjektiven Kontext Sinn
- Therapieziele sind ausschließlich an der Befähigung zur ambulanten Therapie zu orientieren
- Je besser wir sind, desto eher machen wir uns überflüssig
- Wir haben mindestens soviel von den Patientinnen zu lernen, wie diese von uns
- Jede Besprechung über Patientinnen ist eine Besprechung mit Patientinnen



Christian Stiglmayr

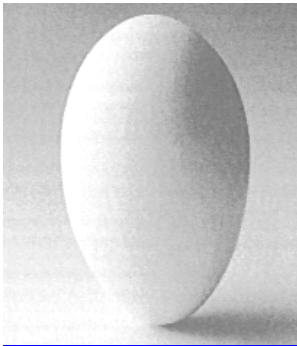
A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Stationäre DBT - Behandlungsziele -

- **Behandlungsziele**
 - **Reduktion von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten**
 - **Reduktion von therapiegefährdendem Verhalten**
 - **Reduktion von hospitalisierungsförderndem Verhalten**
 - Verhaltensmuster, die zur gegenwärtigen Aufnahme geführt haben
 - Verhaltensmuster, die die stationäre Behandlung verlängern
 - Verhaltensmuster, die eine Wiederaufnahme wahrscheinlich machen
 - **Verbesserung von Verhaltensfertigkeiten**



Christian Stiglmayr

A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

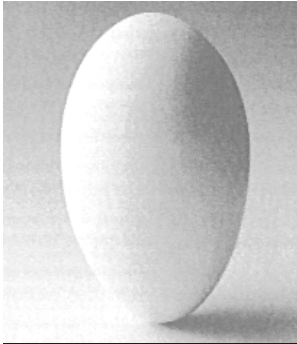
23.06.2007

Stationäre DBT - stationärer Ablauf -

ABLAUF der STATIONÄREN THERAPIE

Vor- bereitung	Stufe I	Stufe II	Stufe III
Diagnose	Einzeltherapie -----		
+	Bezugspflege -----		
Aufklärung	Sozialarbeiterin -----		
	Bezugsgruppe -----		
	Basisgruppe -----		
	Körpertherapie -----		
	Achtsamkeitsgruppe -----		
	Ergotherapie	5-Sinne-Gruppe -----	
		Skills-Gruppe -----	
↶ stationär ↷			

Woche 1	Woche 2 - Woche 3	Woche 4 - Woche 9	Woche 9 - Woche 12
Integration Eingangsdiagn.	Team		Stufe III-Gespräch



Christian Stiglmayr

A W P – B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

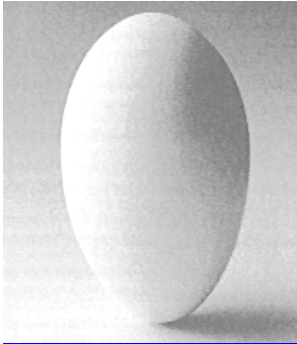
23.06.2007

Stationäre DBT

- Wirksamkeit der stationären DBT (1) -

Bohus et al., 2004

- Quasiexperimentelles Design
- Drei Monate stationäre DBT vs. Warteliste (n = 50)



Christian Stiglmayr

A W P - B E R L I N

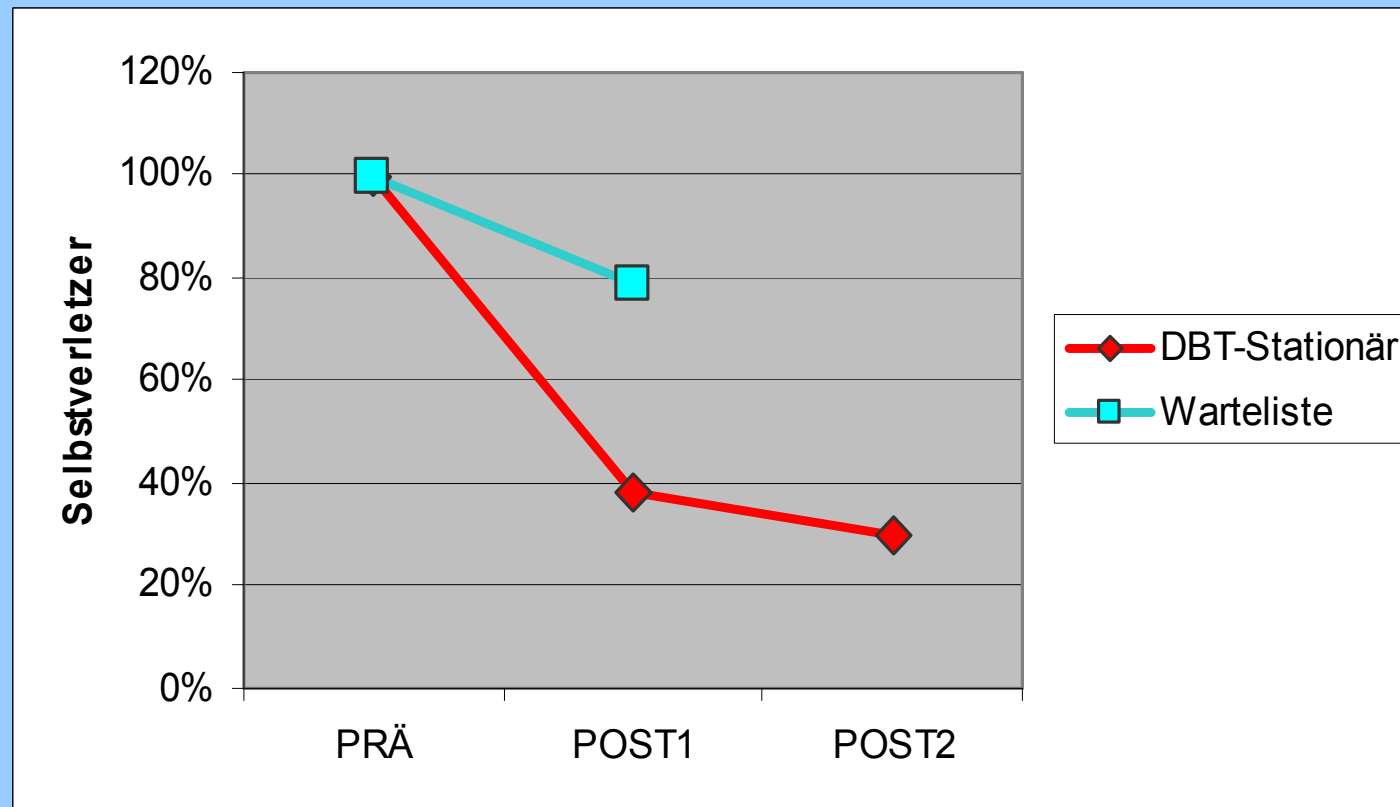
Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

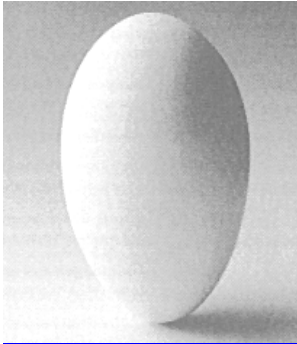
23.06.2007

Stationäre DBT

- Wirksamkeit der stationären DBT (2) -

Reduktion der Selbstverletzer





Christian Stiglmayr

AWP-BERLIN

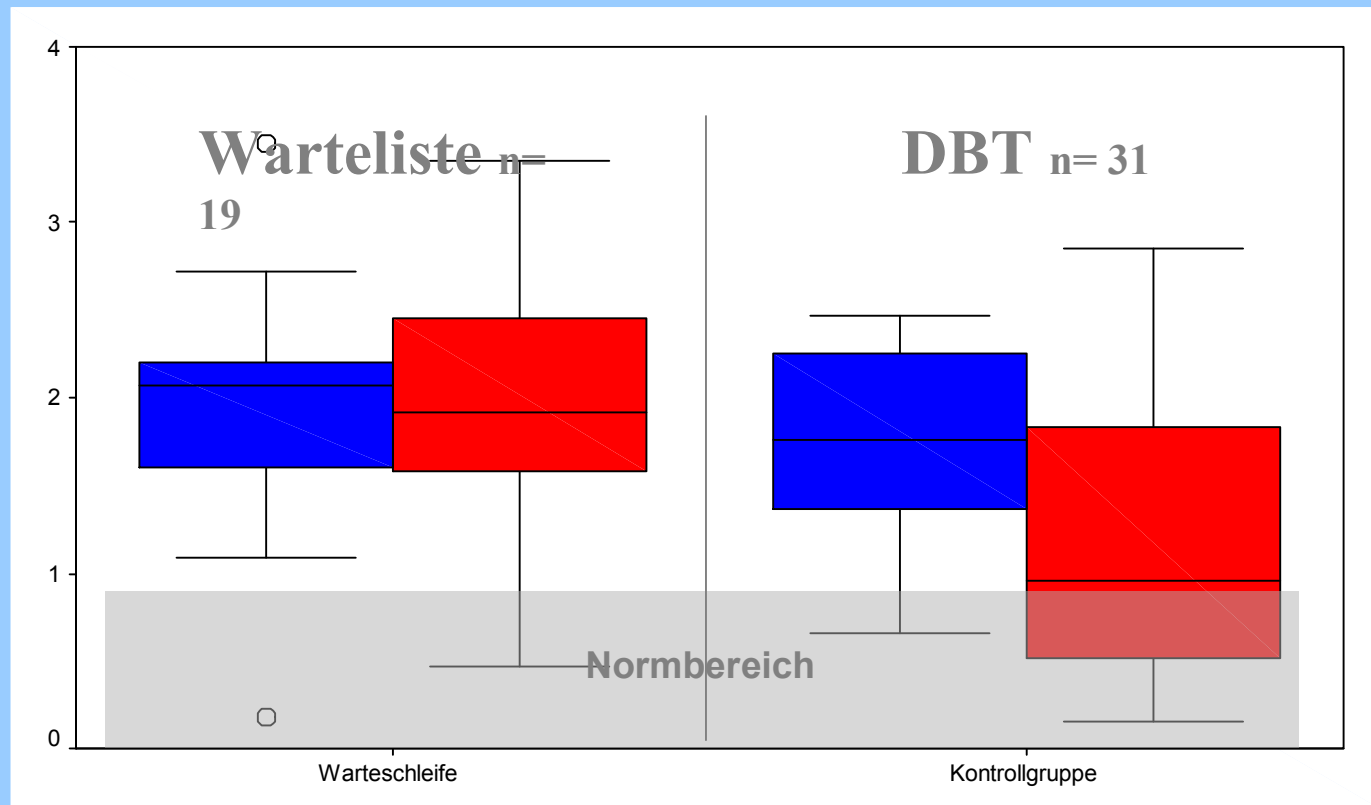
Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

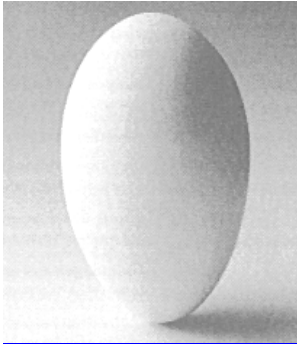
23.06.2007

Stationäre DBT

- Wirksamkeit der stationären DBT (3) -

SCL-90 GSI





Christian Stiglmayr

A W P – B E R L I N

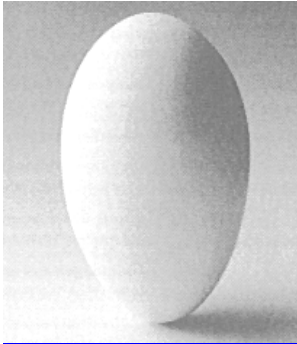
Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

DBT für Adoleszente

- Behandlungsziele -

- **Behandlungsziele**
 - Reduktion von suizidalem und selbstschädigendem Verhalten
 - Reduktion von therapieschädigendem Verhalten
 - Reduktion von Verhaltensweisen, die die Lebensqualität negativ beeinflussen
 - Verbesserung von Verhaltensfertigkeiten



Christian Stiglmayr

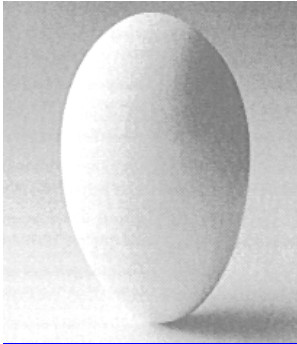
A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

DBT für Adoleszente - spezifische Modifikationen -

- **Reduktion der Behandlungsdauer auf 12 Wochen**
- **Reduktion der Anzahl der Skills**
- **Anpassung der Skills hinsichtlich Sprache und Verständlichkeit**
- **Einbezug der Eltern oder anderer Erziehungsberechtigter in das Skillstraining**
- **Einbezug der Eltern oder anderer Erziehungsberechtigter nach Bedarf in die Einzeltherapie**



Christian Stiglmayr

A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

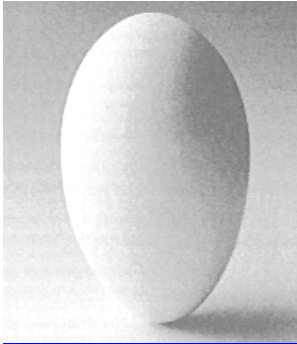
23.06.2007

DBT für Adoleszente

- Wirksamkeit der DBT für Adoleszente -

Rathus & Miller, 2002

- Studie mit suizidalen Adoleszenten
- Quasiexperimentelles Design mit 29 (DBT) bzw. 82 (TAU) Jugendlichen
- Ergebnisse:
 - Gleich viele Suizidversuche, obwohl im DBT-Arm deutlich kränkere Jugendliche
 - Weniger Therapieabbrüche im DBT-Zweig
 - Weniger stationäre Tage



Christian Stiglmayr

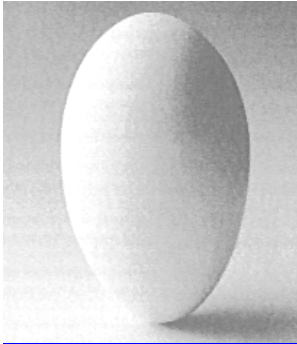
A W P – B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

DBT als Krisenintervention - Behandlungsziele -

- **Behandlungsziele**
 - Reduktion von suizidalem Verhalten
 - Reduktion von therapieschädigendem Verhalten
 - Reduktion von Verhaltensweisen, die die Lebensqualität negativ beeinflussen
 - Verbesserung von Verhaltensfertigkeiten



Christian Stiglmayr

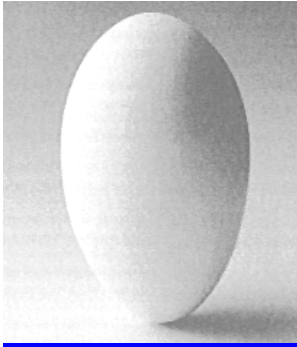
A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

DBT als Krisenintervention - spezifische Modifikationen -

- **3 Wochen ambulante (!) Therapie**
- **13 Stunden Gruppentherapie/Woche, telef. Erreichbarkeit des Einzeltherapeuten von 8.30 Uhr bis 18.00 Uhr.**
- **Hochfrequente, intensives Skillstraining 4 x Woche**
- **Zusätzliche Gruppen: Trainingsgruppen (Ziel Generalisierung des Gelernten), Gruppe für Verhaltensanalysen, DBT-Körpertherapie**
- **Besondere Betonung von Achtsamkeitsskills**



Christian Stiglmayr

A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

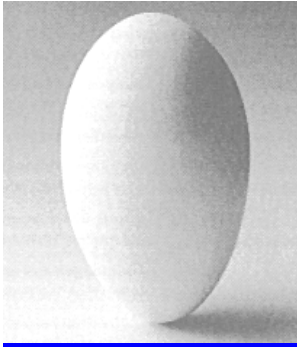
23.06.2007

DBT als Krisenintervention

- Wirksamkeit der DBT als Kriseninterv. -

McQuillan et al., 2005

- Quasiexperimentelles Design mit 87 Pat. vs. 40 Pat. TAU
- Ergebnisse:
 - Keine Aussagen zu Unterschieden zu den Gruppen
 - Nur 18% Drop-out in der DBT-Gruppe
 - Nur 6% mussten in der DBT-Gruppe stationär aufgenommen werden
 - Deutliche Verbesserungen in Hoffnungslosigkeit und Depression in der DBT-Gruppe



Christian Stiglmayr

A W P - B E R L I N

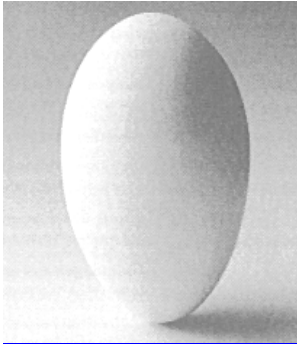
Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

DBT-F

- Behandlungsziele (1) -

Das oberste Ziel ist die Reduktion
der Gefahr von zukünftigen
Delikten!



Christian Stiglmayr

A W P - B E R L I N

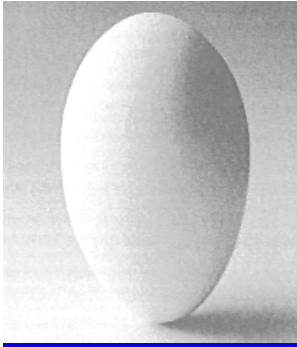
Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

DBT-F

- Behandlungsziele (1) -

- **Behandlungsziele**
 - Reduktion von lebensbedrohlichem und körperverletzendem Verhalten
 - Reduktion von „stationsschädigendem“ Verhalten
 - Reduktion von therapieschädigendem Verhalten
 - Reduktion von Verhaltensweisen, die die Lebensqualität negativ beeinflussen
 - Verbesserung von Verhaltensfertigkeiten



Christian Stiglmayr

A W P – B E R L I N

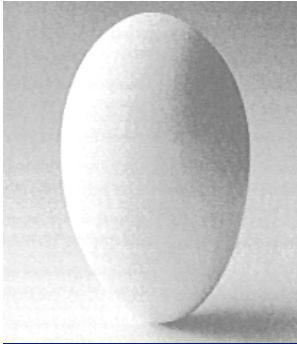
Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

DBT-F

- spezifische Modifikationen -

- **Deliktanalyse**
- **Dialektische Dilemmata**
- **Spiele, Cartoons, Videoszenen, etc.**



Christian Stiglmayr

A W P - B E R L I N

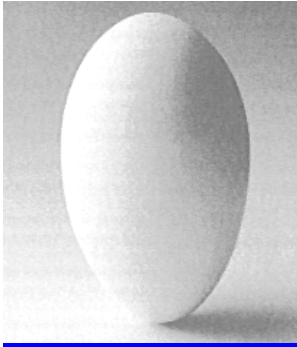
Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

DBT-F

- Deliktanalyse -

- 1. Delikt**
- 2. Anfälligkeitsfaktoren**
- 3. Vorausgehende Bedingungen: was war vor dem Delikt?**
- 4. Verhaltenskette (Ereignis, Gedanke, Gefühl, Impuls, Verhalten)**
- 5. Folgen aufgrund des Delikts**
- 6. Wer ist aufgrund des Delikts zu Schaden gekommen?**
- 7. Lösungsanalyse**
- 8. Vorbeugung**



Christian Stiglmayr

A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

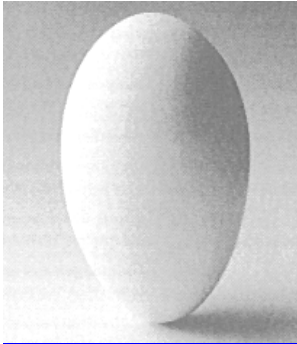
23.06.2007

DBT-F

- Wirksamkeit der DBT-F -

McCann et al., 2000

- Quasi-experimentale Studie mit BPS-Patientinnen in der Forensik.
- 21 Männer mit antisozialem Verhalten vs. 14 TAU
- Ergebnisse:
 - Gute Effekte hinsichtlich Reduktion Gewalt gegen sich und andere bei DBT-F.
 - Deutliche Verringerung von depressiver und feindseliger Stimmung, Paranoia.
 - Bedienstete, die mit DBT arbeiteten, zeigten weniger Burn-out-Symptome



Christian Stiglmayr

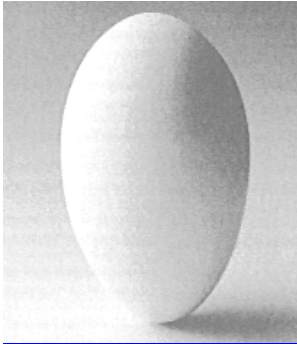
A W P – B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Weitere Modifikationen

- **DBT für ADHS (Hesslinger, Philippen, Richter)**
- **DBT für Familien (A. Fruzzetti)**



Christian Stiglmayr

A W P – B E R L I N

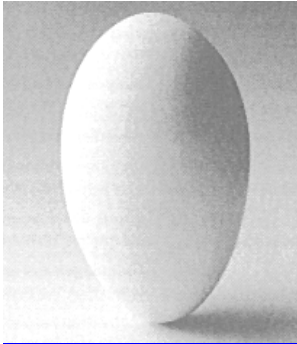
Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Wirkvariablen bei DBT

Lynch et al., 2006

- Techniken der Achtsamkeit
- Validierungsstrategien
- Zielhierarchisierung
- Ketten- und Verhaltensanalysen
- Dialektische Strategien



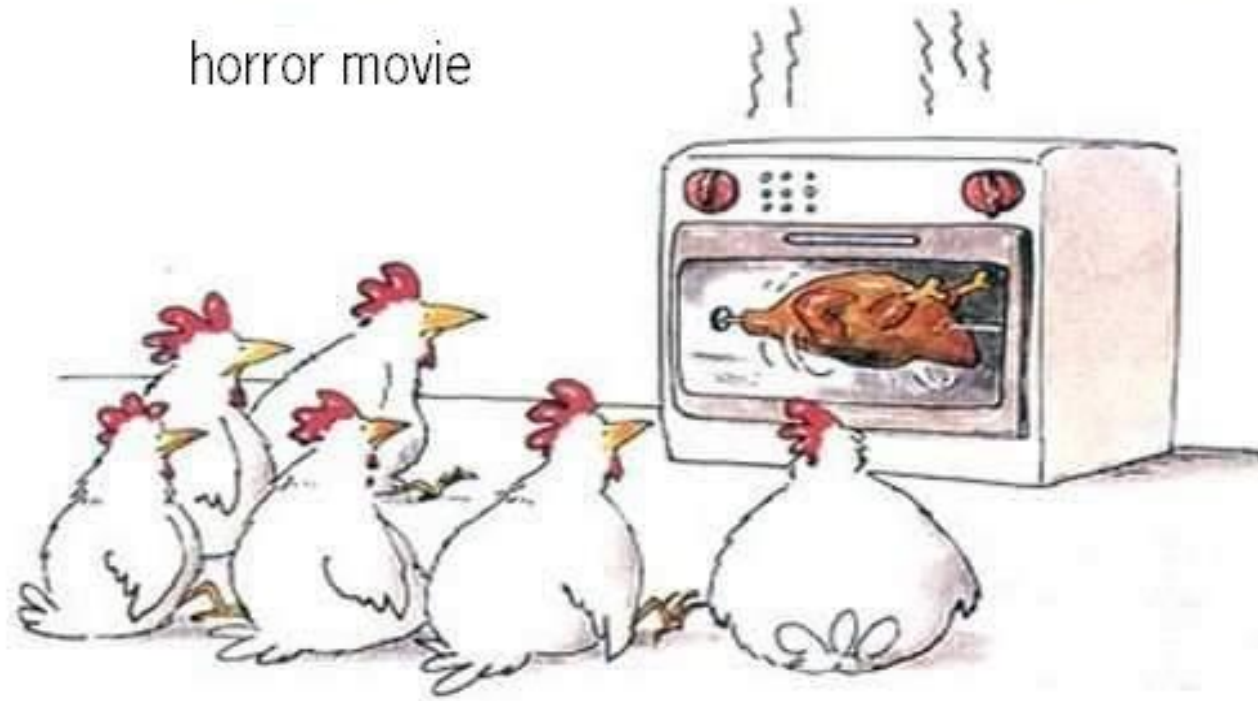
Christian Stiglmayr

A W P - B E R L I N

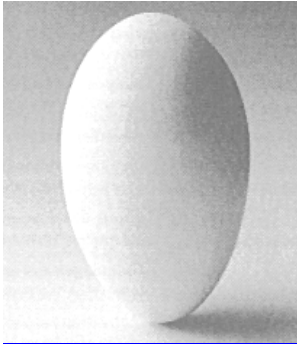
Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

horror movie



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Christian Stiglmayr

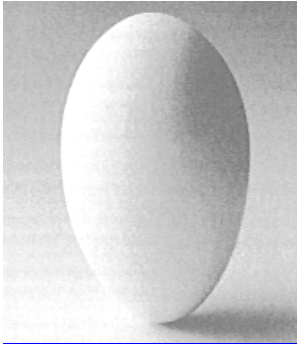
A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Die Borderline-Persönlichkeitsst. nach DSM-IV (1)

- (1) Verzweifelt Bemühen, ein reales oder imaginäres Alleinsein zu verhindern.
- (2) Ein Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen, das sich durch einen Wechsel zwischen extremer Idealisierung und Abwertung auszeichnet.
- (3) Identitätsstörung: eine ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder des Gefühles für sich selbst.



Christian Stiglmayr

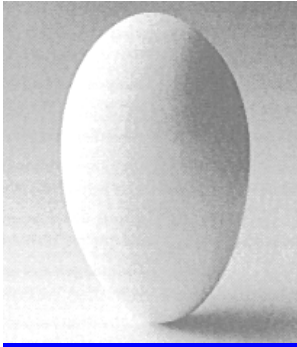
A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Die Borderline-Persönlichkeitsst. nach DSM-IV (2)

- (4) Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (z.B. Geldausgeben, Sex, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, Fressanfälle).
Anmerkung: suizidales oder selbstschädigendes Verhalten wird in Kriterium 5 erfasst.
- (5) Wiederkehrende Suiziddrohungen, - andeutungen oder -versuche oder selbstschädigendes Verhalten.



Christian Stiglmayr

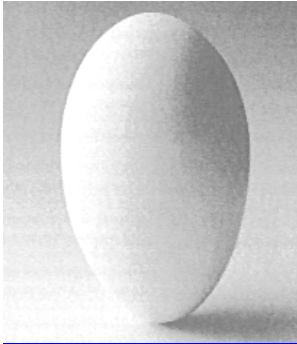
A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Die Borderline-Persönlichkeitsst. nach DSM-IV (3)

- (6) Affektive Instabilität, die durch eine ausgeprägte Orientierung an der aktuellen Stimmung gekennzeichnet ist (z.B. starke episodische Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit oder Angst, üblicherweise wenige Stunden und nur selten länger als einige Tage andauernd).
- (7) Chronisches Gefühl der Leere.



Christian Stiglmayr

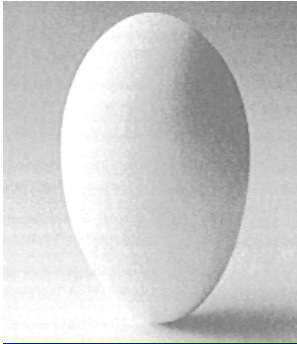
A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Die Borderline-Persönlichkeitsst. nach DSM-IV (4)

- (8) Unangemessene, starke Wut oder Schwierigkeiten, Wut oder Ärger zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernder Ärger, wiederholte Prügeleien).
- (9) Vorübergehende, stressabhängige paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.



Christian Stiglmayr

A W P - B E R L I N

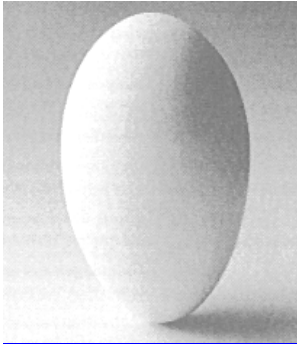
Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Differenzialdiagnose BPS - Schizophrenie

Bei BPS-Patienten:

- Symptomatik stressabhängig
- Symptomatik selten länger als drei Tage
- Meist Pseudosymptomatik; selten bizarr
- Kaum Ich-Störungen (Gedankenausbreiten, Gedankenklau, Gedankenlesen)
- Kaum formale Denkstörungen
- Kaum inhaltliche Denkstörungen



Christian Stiglmayr

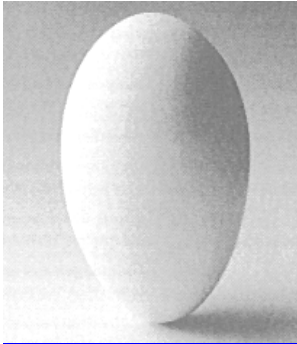
A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Komorbidity (1)

- PTBS 70% (Zanarini et al., 1998)
 - 40 – 76% aller BPS-Pat. berichten von einem sexuellen Missbrauch (z.B. Westen et al., 1990; Silk et al., 1995)
 - 40 – 50% dieser Pat. (= 1/4 -1/3 aller BPS-Pat.) berichten von Typ-II-Traumata (Zanarini et al., 2002)
 - Traumata im Erwachsenenalter: 24% berichten von einem physischem bzw. 18 % von einem sexuellen Missbrauch (Golier et al., 2003)
- Dissoziative Störungen 65% (Zanarini et al., 1998)
- Angststörungen 80% (Zanarini et al., 1998)
- Affektive Störungen 80% (Zanarini et al., 1998)



Christian Stiglmayr

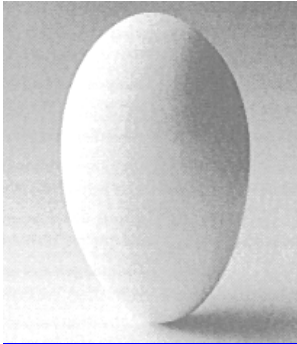
A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Komorbidity (2)

- Alkohol- und Drogenmissbrauch 60% (Zanarini et al., 1998)
- Schlafstörungen 70% (Zanarini et al., 1998)
- Essstörungen 45% (Zanarini et al., 1998)
- Somatoforme Störungen 58% (Zanarini et al., 1998)
- Zwangsstörungen 30% (Zanarini et al., 1998)
- Schizophrenie 20% (Zanarini et al., 1998)
- Andere PS 80% (Schwaiger & Sipos, 2004)



Christian Stiglmayr

A W P - B E R L I N

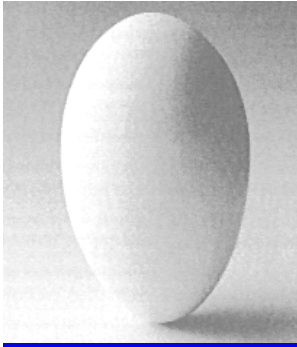
Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Langzeitverläufe

Zanarini et al., 2003 Am J Psychiatry; 160:274-283

- 75% aller (behandelten) BPD Patienten remittieren (DIB-R)
- 25% bleiben chronisch
- Nur 6% Rückfälle



Christian Stiglmayr

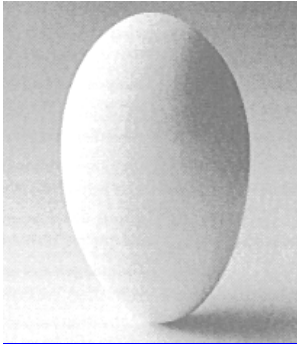
A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Risikofaktoren für eine Chronifizierung

- 1. Zwangsstörung
- 2. Alkohol- und Drogenmissbrauch
- 3. PTBS
- 4. Affektive St. und Angsterkrankungen
- 5. Essstörungen
- Life events
- Trauma-Therapie (?)



Christian Stiglmayr

A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Das biosoziale Ätiologiemodell der Dialektisch-Behavioralen Therapie(1)

Neurobiologisches Defizit der Emotionsregulation

+

invalidierendes Umfeld



STÖRUNG DER AFFEKTREGULATION

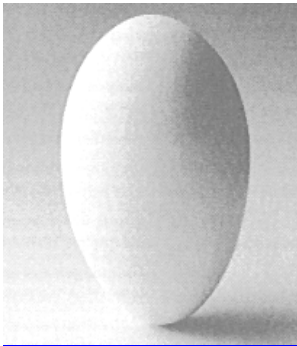
(= Emotionale Vulnerabilität bei
mangelhafter Ausprägung von Coping-Strategien,
mit intensiven Affekten umzugehen)



erlerntes dysfunktionales Verhalten zur Spannungsreduktion



intrapsychische und interaktionelle
chronifizierte Störungen



Christian Stiglmayr

AWP - BERLIN

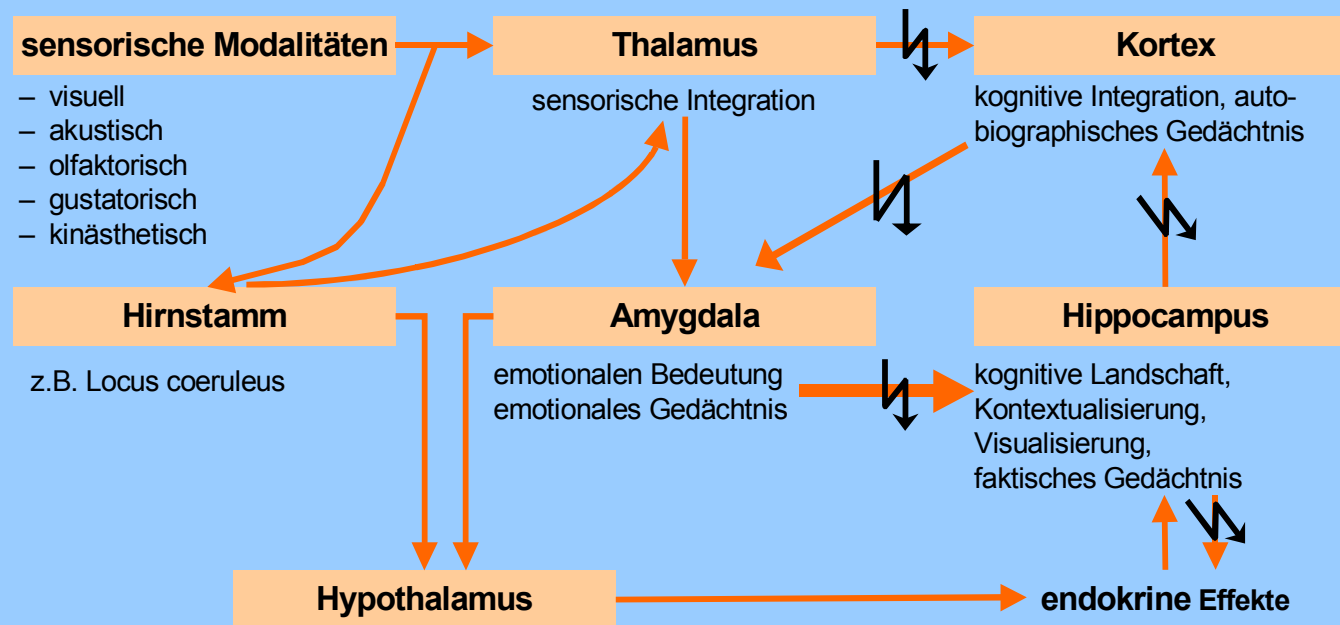
Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

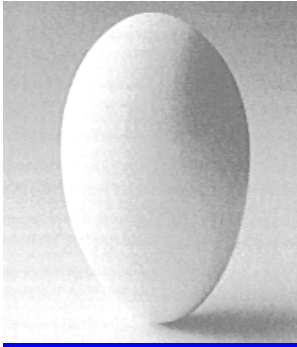
23.06.2007

Das biosoziale Ätiologiemodell der Dialektisch-Behavioralen Therapie(2)

Pfade der zerebralen Verarbeitung bei Extremstress

(nach Kapfhammer 2001)





Christian Stiglmayr

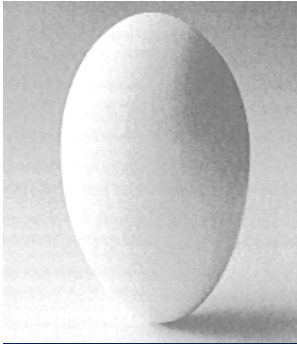
A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Das biosoziale Ätiologiemodell der Dialektisch-Behavioralen Therapie(3)

- **Kennzeichen einer Störung der Affektregulation**
 1. Hohe Sensitivität
 - Prompte Reaktionen
 - Niedrige Reizschwelle für emotionale Reaktionen
 2. Hohe Reaktivität
 - Extreme Reaktionen
 - Starke Erregungszustände beeinflussen kognitive Prozesse
 3. Langsame Rückkehr zum Ausgangsniveau
 - Langanhaltende Reaktionen
 - Hohe Sensitivität für den nachfolgenden emotionalen Stimulus



Christian Stiglmayr

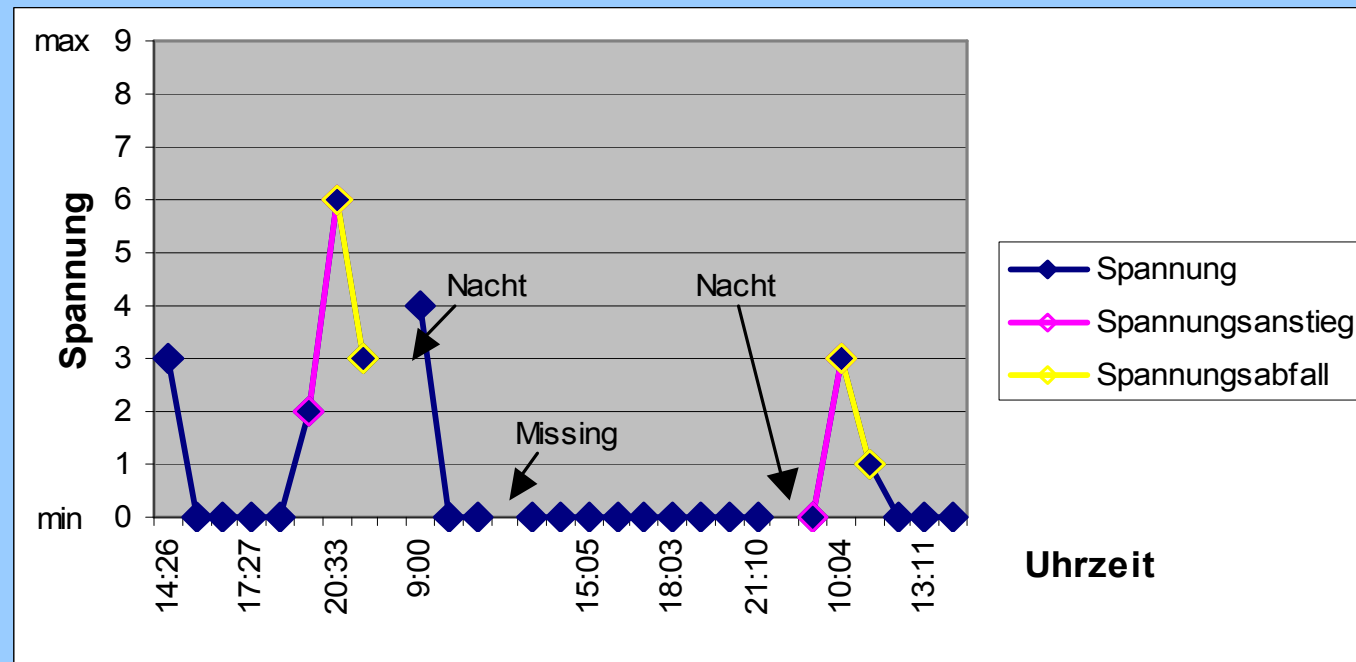
A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

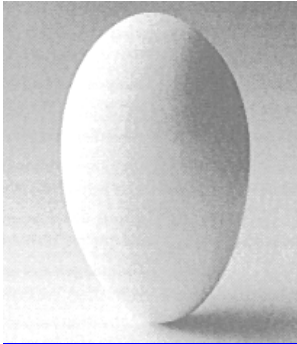
23.06.2007

Leitsymptom: Spannungszustände (1)

Spannungsverlauf Kontrollprobandin



Stiglmayr, 2003



Christian Stiglmayr

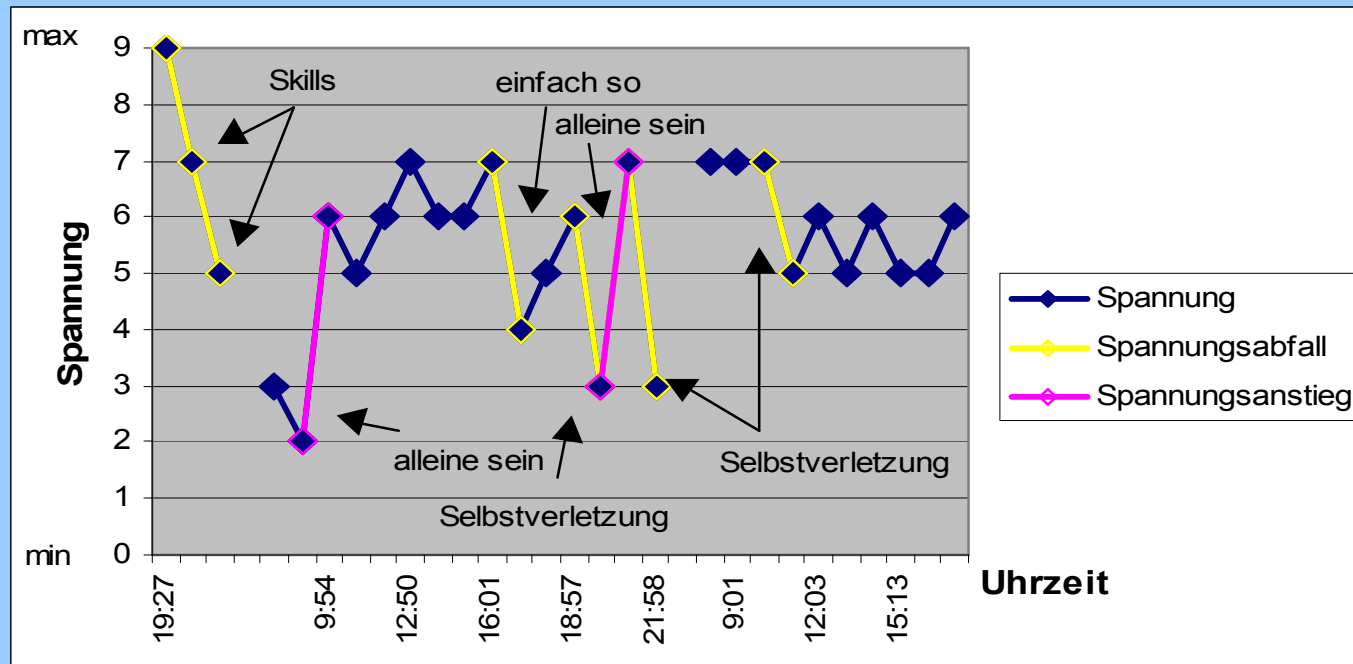
A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

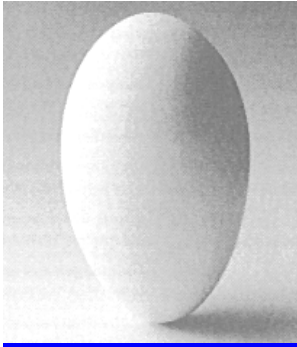
23.06.2007

Leitsymptom: Spannungszustände (2)

Spannungsverlauf Borderline-Patientin



Stiglmayr, 2003



Christian Stiglmayr

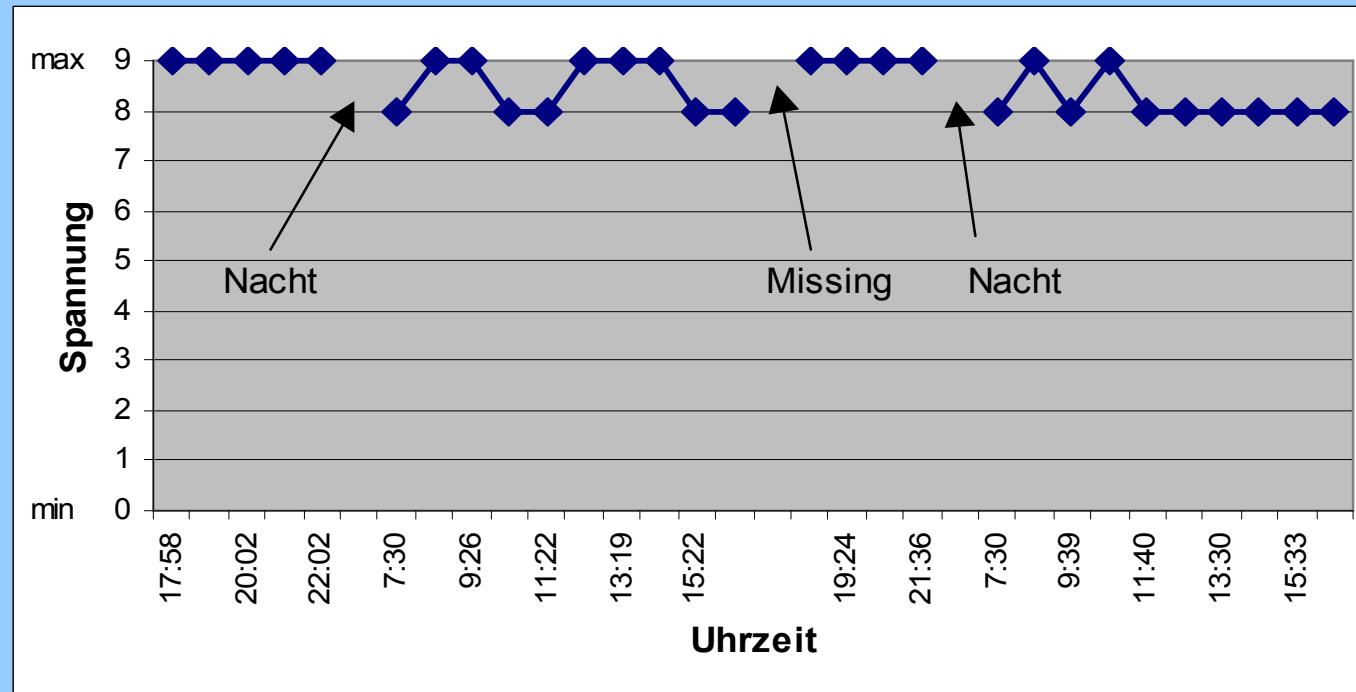
A W P - B E R L I N

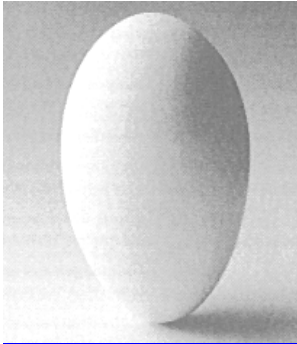
Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Leitsymptom: Spannungszustände (3)

Spannungsverlauf Borderlinepatientin (Stiglmayr, 2003)





Christian Stiglmayr

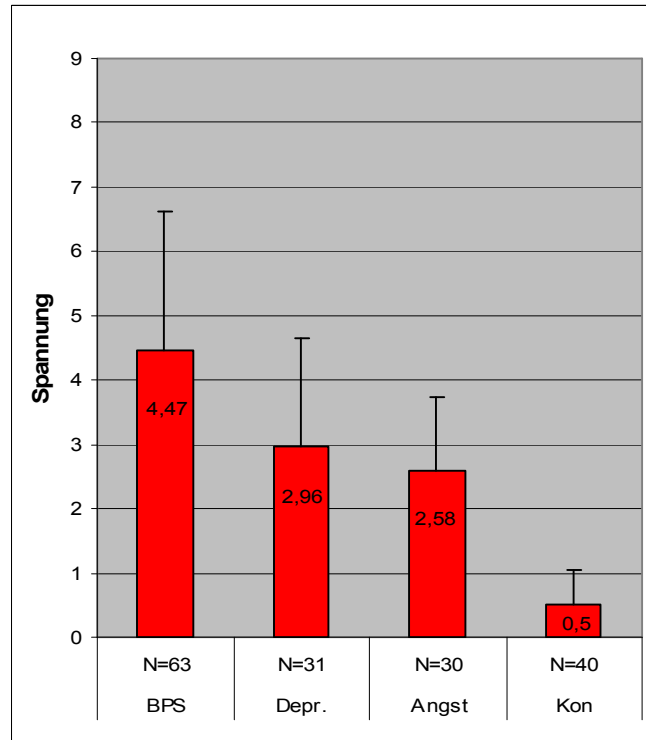
A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Leitsymptom: Spannungszustände (4)

Spannungstärke



Stiglmayr et al., in press

Overall ***

Effektst.: 1,32

Einzel:

BPS > Depr **

BPS > Angst ***

BPS > Kon ***

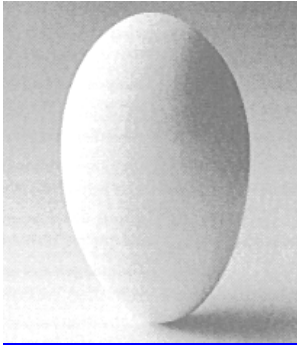
Depr > Angst n.s.

Depr > Kon ***

Angst > Kon ***

Effektst.: 0,78 – 2,95

Effektst. n.s.: 0,27



Leitsymptom: Spannungszustände (5)

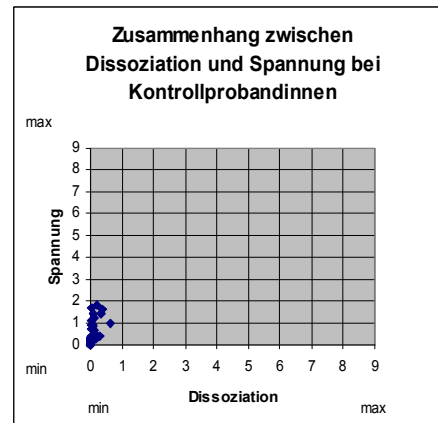
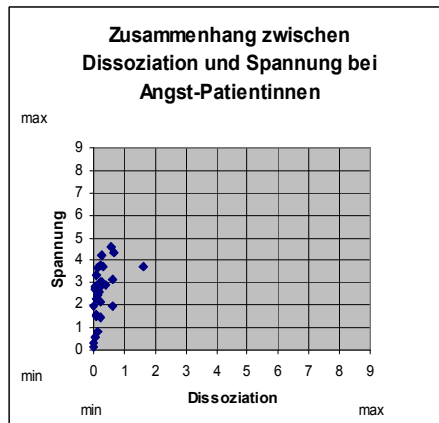
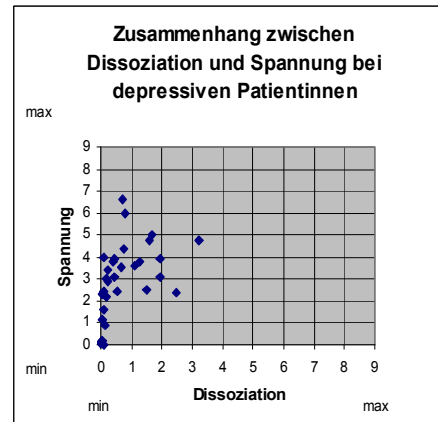
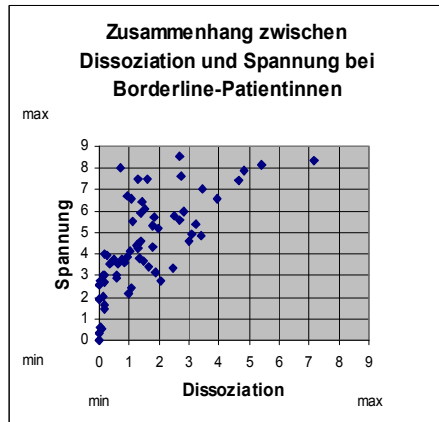
Christian Stiglmayr

A W P - B E R L I N

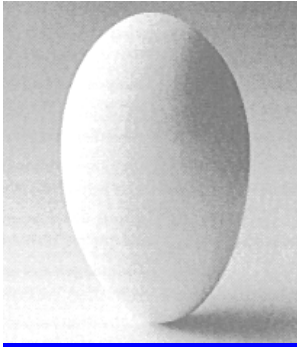
Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Zusammenhang Spannung/Dissoziation



Stiglmayr et al., in press



Christian Stiglmayr

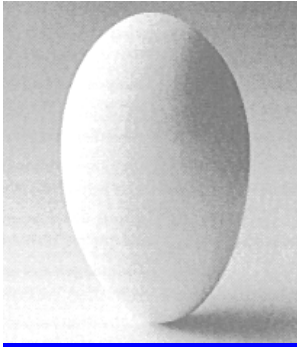
A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Das biosoziale Ätiologiemodell der Dialektisch-Behavioralen Therapie(4)

- **Charakteristika des invalidierenden Umfeldes**
 - Reaktionen – vor allem emotionaler Art – und die Mitteilungen persönlicher Erfahrungen werden
 - nicht als stimmige Selbstbeschreibungen akzeptiert
 - nicht als adäquate Reaktionen auf Ereignisse registriert
 - nicht wahrgenommen, trivialisiert oder zurückgewiesen
 - direkt kritisiert oder bestraft
 - als sozial unakzeptabel charakterisiert (z.B. faul, naiv, ...)
 - pathologisiert, wenn normal



Christian Stiglmayr

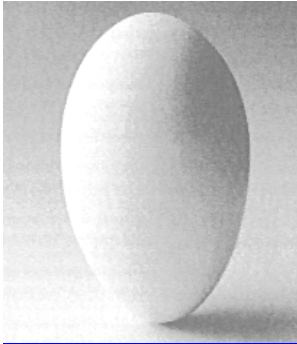
A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Das biosoziale Ätiologiemodell der Dialektisch-Behavioralen Therapie(5)

- **Konsequenzen des invalidierenden Umfeldes**
 - Das Umfeld lehrt das Individuum nicht
 - Gefühle richtig zu benennen und mitzuteilen
 - wie es seine Gefühle regulieren soll
 - Probleme, die zu den schmerzlichen Gefühlen führen, zu lösen
 - Vertrauen in die eigenen emotionalen und kognitiven Erfahrungen als adäquate Antworten auf Ereignisse zu entwickeln



Christian Stiglmayr

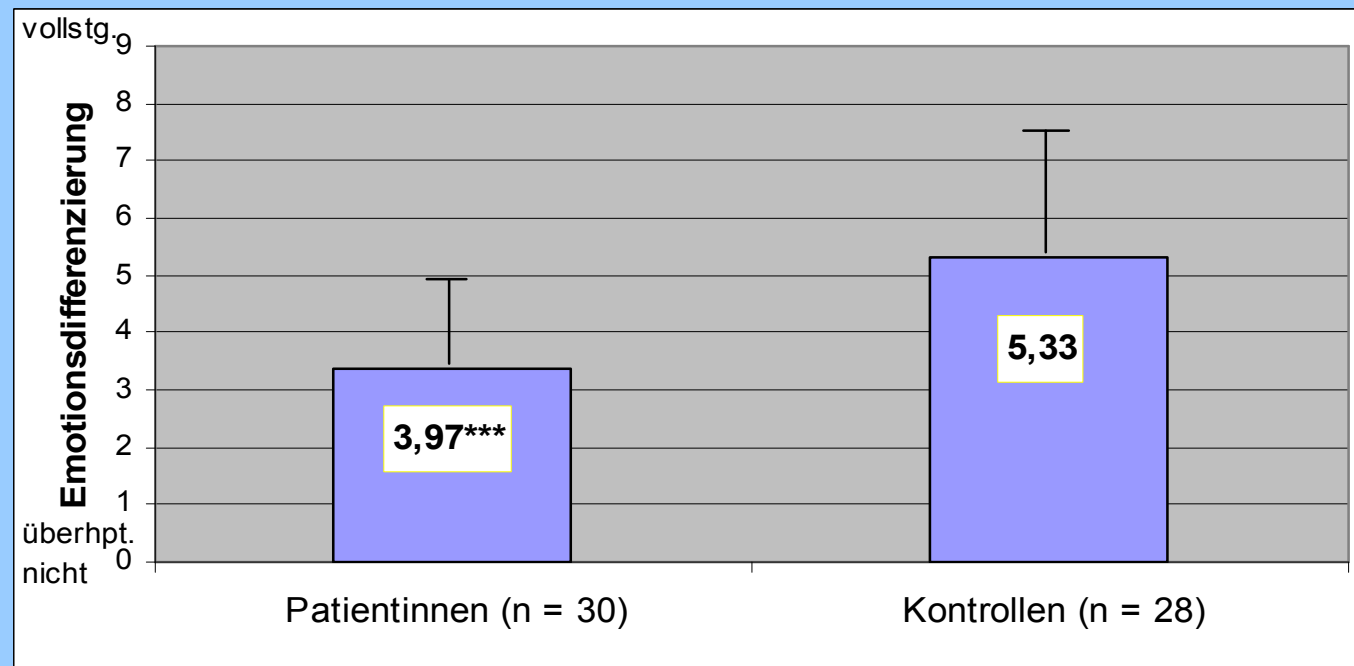
A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

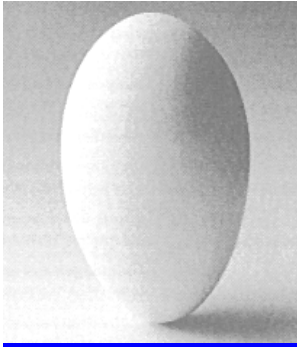
Konsequenzen des invalidierenden Umfelds

Emotionsdifferenzierung



Wolff & Stiglmayr, in press

d = 0.98



Christian Stiglmayr

A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Das biosoziale Ätiologiemodell der Dialektisch-Behavioralen Therapie(1)

Neurobiologisches Defizit der Emotionsregulation

+

invalidierendes Umfeld



STÖRUNG DER AFFEKTREGULATION

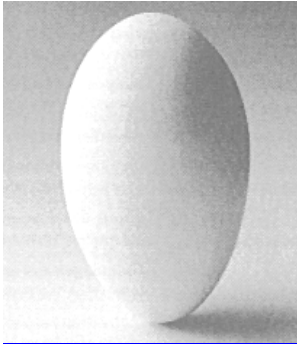
(= Emotionale Vulnerabilität bei
mangelhafter Ausprägung von Coping-Strategien,
mit intensiven Affekten umzugehen)



erlerntes dysfunktionales Verhalten zur Spannungsreduktion



intrapyschische und interaktionelle
chronifizierte Störungen



Christian Stiglmayr

A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Das biosoziale Ätiologiemodell der Dialektisch-Behavioralen Therapie(6)

psychophysiologisches Defizit der Emotionsregulation

+

invalidierendes Umfeld



STÖRUNG DER AFFEKTREGULATION

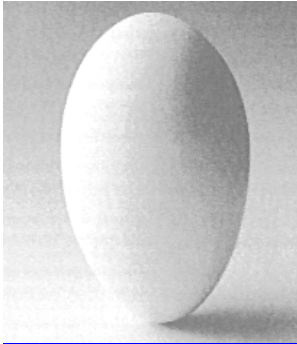
(= Emotionale Vulnerabilität bei mangelhafter Ausprägung von Coping-Strategien, mit intensiven Affekten umzugehen)



erlerntes dysfunktionales Verhalten zur Spannungsreduktion



intrapsychische und interaktionelle chronifizierte Störungen



Christian Stiglmayr

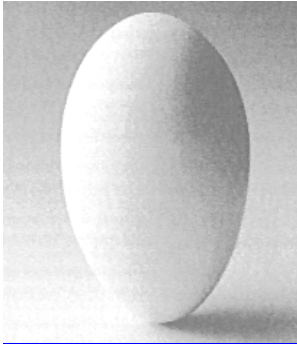
A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Wirksamkeitsstudien (1)

- M. Linehan et al., 1991
 - DBT vs. TAU (jeweils N = 22)
 - Einschlusskriterien:
 - DSM-III, nur Frauen, mindestens 2 selbstverletzende Handlungen in den letzten 5 Jahren, eine davon innerhalb der letzten 8 Wochen.
 - Ausschlusskriterien:
 - Schizophrenie, Bipolare Störung, Substanzabhängigkeit, geistige Retardierung
 - Matchingvariablen: Anzahl Selbstverletzungen, Anzahl psychiatrische Aufenthalte, Alter, Prognose



Christian Stiglmayr

A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

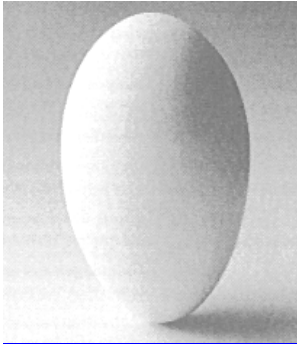
Wirksamkeitsstudien (2)

- M. Linehan et al., 1991

Ergebnisse: Die mit DBT behandelten Personen hatten nach 4 Monaten

- eine geringere Anzahl an Selbstverletzungen,
- welche medizinisch weniger schwerwiegend ausfielen.
- deutlich weniger stationäre Aufenthalte.
- Die drop-out-Rate für die DBT-Gruppe betrug 16%, für die Kontrollgruppe 50%.

Die beiden Gruppen unterschieden sich zu keinem Zeitpunkt hinsichtlich ihrem Ausmaß an Depressivität, an Hoffnungslosigkeit, Suizidgedanken und Nennen von Gründen, weiter am Leben teilzunehmen.



Christian Stiglmayr

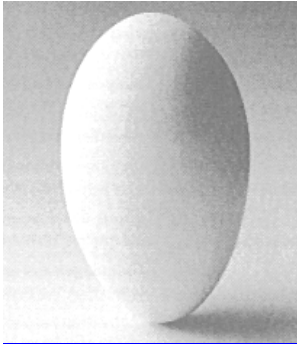
A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Wirksamkeitsstudien (5)

- Weitere Studien, welche eine Wirksamkeit belegen konnten:
 - Linehan et al., 1993 (follow-up)
 - Bohus et al., 2000; Bohus et al., 2004 (stationär)
 - Verheul et al., 2003 (ambulant)



Christian Stiglmayr

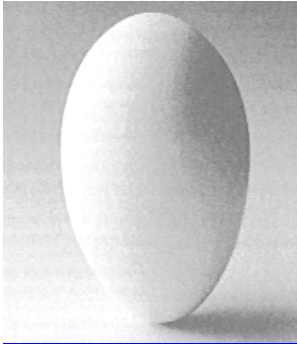
A W P – B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Zusammenfassung

- DBT ist eine empirisch generierte Therapie
- DBT wird nicht zuletzt aufgrund ihrer Struktur sowohl von Patient wie auch Therapeut als entlastend erlebt
- DBT hat sich in der Therapie als wirksam gezeigt



Christian Stiglmayr

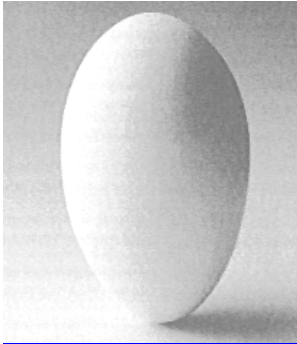
A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Behandlungsmöglichkeiten (1)

- Stationäre DBT in Berlin:
 - CBF, Eschenallee 3, 030/84458665
- Stationäre DBT-S in Berlin:
 - Campus Charité – Mitte, Schumannstr. 20/21, 030/23112945
- Stationäre DBT-A in Berlin:
 - Charité, Augustenburger Platz 1, 030/450566277



Christian Stiglmayr

A W P - B E R L I N

Arbeitsgemeinschaft für
Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin

23.06.2007

Behandlungsmöglichkeiten (2)

- Ambulante DBT in Berlin:
 - www.borderline-netzwerk.de
- Ambulante DBT-S (Substitutionsamb.) in Berlin:
 - AiD Neukölln, 030/6899960
- Mutter-Kind-DBT in Berlin:
 - PROWO, Kottbusser Damm 79a, 030/6959770
- DBT-F in Haina:
 - Frau Oermann: 06456/91501