

Therapie der Emotionsregulationsstörung

DBT und DBT-F

Angela Oermann

WAS IST DBT?

- Störungsspezifisches Verfahren
- Kombiniert Einzeltherapie, Gruppentraining und Teamsupervision
- Basiert auf biosozialer Theorie
- Integriert abgesicherte psychotherapeutische Methodik
- Wirksamkeit empirisch belegt

Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)

- wurde Mitte der 80er Jahre von M.Linehan für die ambulante Behandlung von chronisch suizidalen Frauen entwickelt
- 8 kontrolliert–randomisierte Studien weisen Wirksamkeit nach (Übersicht: Bohus & Schmahl 2006)
- eine tiefgreifende Störung der Emotionsregulation als zentraler Problembereich: Neurobiologische Faktoren, frühe Traumatisierungen und/oder emotionale Vernachlässigungen fördern die Entstehung einer hohen emotionalen Verletzbarkeit

DBT - Neuentwicklungen

- DBT für BPD plus Substance Abuse (Linehan)
- DBT für Adolescente BPD (A. Miller)
- DBT für BED (Chen)
- DBT für Bulimie (D. Safer, 2001)
- DBT für ältere Depressive (Lynch)
- DBT für Dissoziale PS (McCann / Oermann)
- DBT für Stalker (Ivanoff)
- DBT-PTSD

Emotionale Vulnerabilität

1. Hohe Sensitivität

- prompte Reaktionen
- niedrige Reizschwelle für emotionale Reaktionen

2. Hohe Reaktivität

- extreme Reaktionen
- starke Erregungszustände beeinflussen kogn. Prozesse

3. Langsame Rückkehr zum Ausgangsniveau

- langanhaltende Reaktionen
- hohe Sensitivität für den nachfolgenden emot. Stimulus

Ausmass an emotionaler Erregung / Spannung

"Porsche vs. Polo"

100%

70%

30%

ERS

keine ERS

Def.: 70% = beginnender Kontrollverlust über Gedanken, Gefühle, Wahrnehmungen und Handlungsimpulse

2

3

1

Langsamere Rückkehr zum Ausgangsniveau
→ lang anhaltende Reaktionen
→ erhöhte Sensitivität für den nachfolgende emotionale Stimuli

Höhere Reaktivität
→ extreme Reaktionen
→ starke Erregungszustände beeinflussen kognitive Prozesse

Höhere Sensitivität
→ prompte Reaktionen
→ niedrige Reizschwelle für emotionale Reaktionen

SVV

Ereignis 1
2000

Ereignis 2
Arbeitsgemeinschaft f.
Wissenschaftl. Psychoth. (AWP)

Ereignis 3

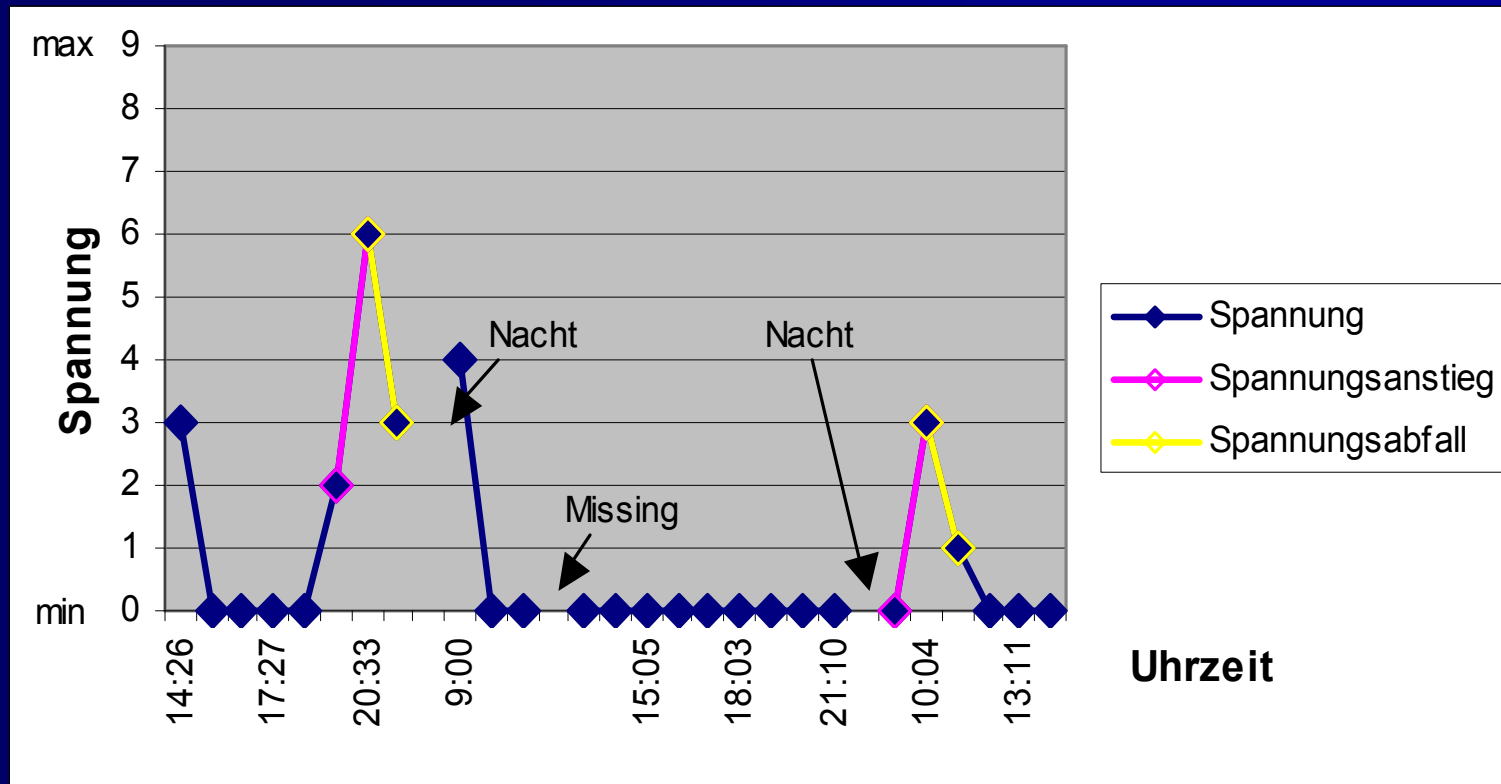
Zeit

DBT

- Es werden häufig sehr intensive Emotionen in Form von diffusen Anspannungs-Zuständen erlebt, die keiner handlungsweisenden Emotion zugeordnet werden können
- Diese können effektiv mittels dysfunktionaler Verhaltensmuster abgemildert werden
- Selbstverletzungen, Suizidversuche, Substanzmissbrauch, Essanfälle und auch fremdaggressive Verhaltensmuster stellen kurzfristig erfolgreiche Methoden dar, um einen unangenehmen Zustand zu beseitigen

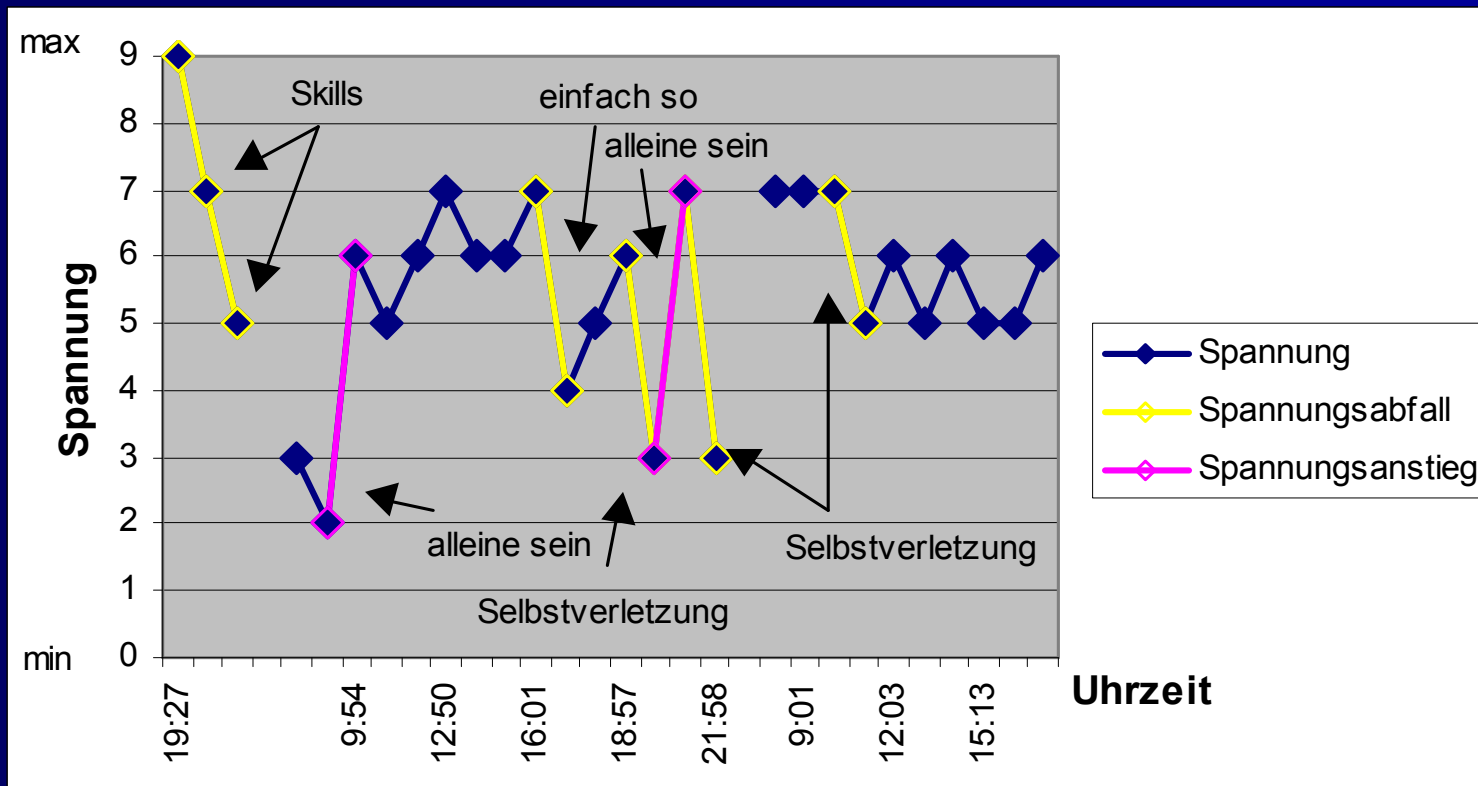
Borderline - Persönlichkeitsstörung - diagnostisches Leitsymptom -

Spannungsverlauf Kontrollprobandin (Stiglmayr, 2003)



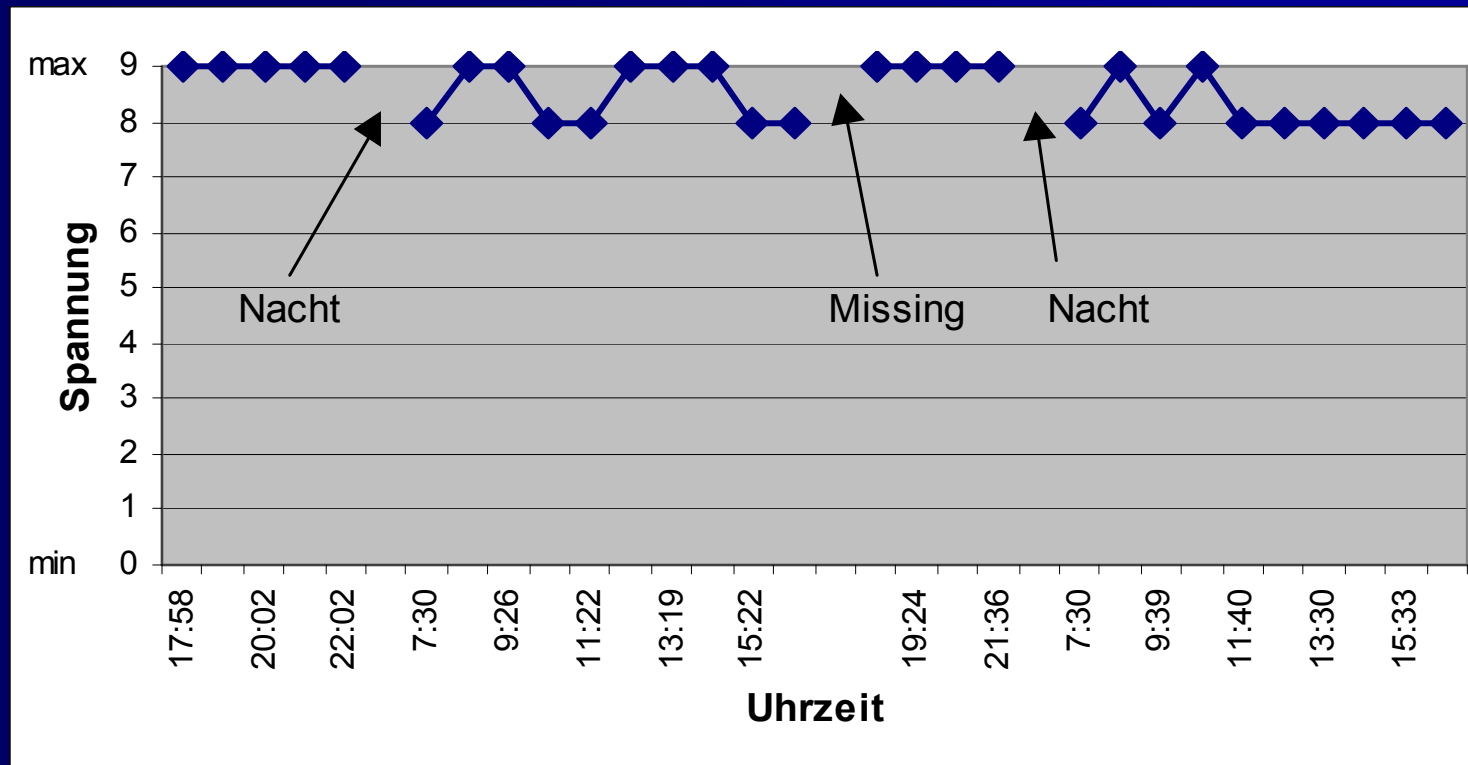
Borderline - Persönlichkeitsstörung - diagnostisches Leitsymptom -

Spannungsverlauf Borderlinepatientin (Stiglmayr, 2003)



Borderline - Persönlichkeitsstörung - diagnostisches Leitsymptom -

Spannungsverlauf Borderlinepatientin (Stiglmayr, 2003)



DBT

- Sämtliche DSM-IV Kriterien der BPS können als Folge der Störung der Affektregulation verstanden werden oder als Versuch, diese zu bewältigen
- Es werden verschiedene Phasen der Behandlung voneinander unterschieden
- An erster Stelle steht jeweils das Ziel, dem Patienten Kontrolle über seine schwerwiegenden problematischen Verhaltensmuster zu vermitteln
- Störungsspezifischen Fertigkeiten (Skills) werden gelehrt

DBT

An zweiter Stelle steht eine gezielte Verbesserung des emotionalen Erlebens und der Emotions-Regulation

DBT

VT, kognitive Therapie, Gestalttherapie und Achtsamkeit kommen zum Einsatz

=> methodenintegrativer störungsspezifischer Therapieansatz

DBT verlangt
klare Absprachen
zwischen Team und Patient
bevor
mit der Therapie begonnen wird

DBT - Therapieziele

suizidales und parasuizidales Verhalten

therapiegefährdendes Verhalten

Verhalten, das die Lebensqualität einschränkt

Verhaltensfertigkeiten

DBT – übergeordnetes Behandlungsziel

Aufbau dialektischer Verhaltensmuster:

→ Aufbau dialektischer Denkmuster

→ extreme Reaktionen durch ausgeglichene,
integrative Reaktionen ersetzen

DBT-Grundannahmen

1. Patientinnen geben sich wirklich Mühe und versuchen das Beste aus Ihrer verheerenden Situation zu machen
2. Patientinnen wollen sich verändern
3. Patientinnen müssen sich stärker anstrengen und härter arbeiten, um sich zu verändern
4. Patientinnen haben ihre Schwierigkeiten nicht alle selbst verursacht, aber müssen sie selber lösen

DBT-Grundannahmen

5. Das Leben suizidaler Borderline-Pt. ist so, wie es gegenwärtig gelebt wird, nicht auszuhalten
6. Patientinnen müssen neues Verhalten in allen relevanten Lebensbereichen erlernen
7. Patientinnen können in der Therapie nicht versagen
8. Th., die Borderline-Patientinnen behandeln, brauchen Unterstützung

Vorgehen bei dysfunktionalem Verhalten

1. Zwei Stunden Time-out
 - Patient bleibt in ihrem Zimmer
 - Patient schreibt Verhaltensanalyse (VA)
2. Bezugsgruppe
 - Pat. ruft BG ein (min. 3 Pat.) und stellt VA vor
 - Anschließend sind Therapien wieder möglich
3. Pflegepersonal
 - Eine anderer Patient aus der BG stellt VA vor
4. Einzeltherapie
 - Patient stellt VA ihrem Einzeltherapeuten vor

DBT-F(orensik)

DBT-F

- entwickelt von McCann, Ball & Ivanhoff (1996)
- an dt. Verhältnisse angepasst und seitdem in Entwicklung begriffen (Oermann et al., 2008; Claßen)
- Gesamtteamkonzept
- zur Behandlung von Frauen und Männern, die straffällig wurden und zwangsweise untergebracht sind
- und die Schwierigkeiten mit der Emotionsregulation haben und Impulskontrollstörungen aufweisen (BPS, APS und andere)

Warum DBT für Straftäter mit
einer Antisozialen
Persönlichkeitsstörung?

Warum DBT für Antisoziale Persönlichkeitsstörungen?

DBT ist konsistent mit erfolgreichen
Behandlungsprinzipien aus der
Straftäterforschung

Risiko-Prinzip

DBT(-F) ist für schwer behandelbare Patienten konzipiert, die lebensbedrohliche Verhaltensweisen zeigen

Bedürfnisprinzip

- Antisoziale Ansichten und Einstellungen
- Impulsivität
- Mangel an zwischenmenschlichen und sozialen Fertigkeiten
- Selbstschädigende Anpassungsstrategien
- Unfähigkeit zu Planen und konzeptionell zu Denken
- Störungen der Selbstkontrolle
- Störung des Selbstmanagements
- Substanzgebundene Abhängigkeiten
- Hochrisikoverhalten u.v.m

Ansprechbarkeits-Prinzip

Berücksichtigung der allgemeinen und der kognitiven Fähigkeiten der Ptn, Lernstile, kultureller Hintergrund und vor allem die Motivation und Bereitschaft für eine Behandlung

Aktuelle Entwicklung der DBT in der Forensik

STDB im forensischen Setting

DBT-F (in Anlehnung an McCann et al./Oermann et al.)

Vielfache eigene Entwicklungen/Modifizierungen

DBT-F

Brückenschlag: Konzepte aus
störungsspezifischen Ansätzen und aus
Straftäterbehandlung.

Welche Untergruppe der antisozialen Straftäter sind angesprochen?

Heiße Aggression =

- Reaktion auf Frustration
- Ausdruck von
 - ◇ Reizbarkeit
 - ◇ Emotionaler Instabilität
 - ◇ Impulsivität
- Gefördert durch geringe
 - ◇ geringe Reflexionsfähigkeit
 - ◇ verbale Fertigkeiten
 - ◇ zwischenmenschliche Fertigkeiten
 - ◇ kognitive Fertigkeiten

Welche Untergruppe der antisozialen Straftäter sind angesprochen?

3- Faktoren-Modell von Cooke & Michie, 2001

Arroganter interpersoneller Stil

(glatter oberflächlicher Charme, grandios, betrügerisch-manipulativ, pathologisches Lügen)

Fehlendes emotionales Erleben

(keine Reue, Mangel an Gewissen und Schuldgefühlen, keine Verantwortungsübernahme für das eigene Handeln, oberflächlicher Affekt)

Dissozial-impulsiver Verhaltensstil (ständige Suche nach Stimulation/Neigung zur Langeweile, parasitär, Fehlen realistischer, langfristiger Ziele, impulsiv, verantwortungslos)

Diagnostik: Cooke & Michie (2001)

DBT-F richtet sich an die impulsiv-dissozialen nach
Cooke & Michie !

DBT-F: Rationale

Das Programm basiert auf 2 Annahmen

1. Die antisozialen Straftäter sind untersozialisiert und deshalb mangelt es ihnen an bestimmten Fertigkeiten, die für eine prosoziale Anpassung erforderlich sind
2. Diese Fertigkeiten können gelehrt werden

Allgemeines Vorgehen

- Versuch, eine wohlwollende Grundhaltung einzunehmen (z.B. wird das Verhalten korrigiert, nicht die Person als solche)
- Verhaltensänderung ist extrem schwierig!! Und trotzdem: Therapie-Optimismus
- Ziel ist nicht Einsicht in eigene Unzulänglichkeit, sondern die konstruktive Entwicklung neuer Handlungsmuster
 - ⇒ Weniger Konfrontation denn Wertschätzung
 - ⇒ Kein Moralisieren!

Allgemeines Vorgehen

GRUNDPRINZIP

- Kreiere ein Umfeld, in welchem funktionale Verhaltensmuster verstärkt und dysfunktionale Verhaltensmuster gelöscht werden !!!
- Vorsicht, dass normatives Verhalten nicht pathologisiert wird und pathologisches Verhalten nicht als normal angesehen

Allgemeines Vorgehen

- keine Fremdwörter, keine komplexen Theorien, viele Wiederholungen, häufige Nachbesprechungen
- Einsatz von Spielen, Videos und Cartoons etc.
- Vermeidung von „Schulatmosphäre“

Therapiestruktur

DBT-F als „Programm im Programm“:

Ein spezifischer Ansatz, der im übergeordneten kriminaltherapeutischen Konzept der Gesamteinstitution verankert ist

Was haben wir übernommen? DBT- Strategien

Dialektische Strategien

Commitment-Strategien

Validierungsstrategien

Veränderungsstrategien

DBT-F

Was haben wir übernommen?

- **Dialektik des Behandlungsansatzes**
- Therapiezielhierarchie
- Grundannahmen
- Hochauflösende Deliktanalysen/Verhaltensanalysen bestimmen die Therapieplanung
- Tagebuchkarten
- Skillstraining/Bezugsgruppe/Basisgruppe
- Bezugspflegegespräche/Skills-Coaching
- Consultation-Team
- Supervision
- „DBT-Sprechstunde“

DBT-F

-Dialektik des Behandlungsansatzes-

- Akzeptanz und Veränderung: Auch ASP´ler reagieren extrem widerständig auf Behandlungen, die ausschließlich auf Veränderung fokussiert ist: die Folge ist eine Doppelmoral oder Rebellion
- Primäres Ziel zu Beginn: Haltefunktion nicht Veränderung!

DBT-F

Was haben wir übernommen?

- Dialektik des Behandlungsansatzes
- **Therapiezielhierarchie**
- Grundannahmen
- Hochauflösende Deliktanalysen/Verhaltensanalysen bestimmen die Therapieplanung
- Tagebuchkarten
- Skillstraining/Bezugsgruppe/Basisgruppe
- Bezugspflegegespräche/Skills-Coaching
- Consultation-Team
- Supervision
- „DBT-Sprechstunde“

Hierarchisierung der Therapieziele

Das oberste Ziel ist die Reduktion der Gefahr
zukünftiger Delikte!

Therapiezielhierarchie

1. Reduktion fremdschädigenden Verhaltens (aggressives Verhalten, Drohen mit aggressivem Verhalten etc.)
2. Reduktion suizidalen und selbstschädigenden Verhaltens
3. Reduktion stationsschädigenden Verhaltens (Diebstahl, Betrug, Drogenmissbrauch, „Vergiften“ der Stationsatmosphäre durch Sticheln und Stänkern, mit den Delikten prahlen etc.)

Therapiezielhierarchie

4. Reduktion therapiegefährdenden Verhaltens: alles, was den Erfolg der Therapie gefährdet. Grundsätzlich gilt, dass „therapiegefährdendes Verhalten“ auch durch strukturelle oder methodische Schwächen auf Seiten des Behandlungsteams bedingt sein kann.

Therapiezielhierarchie

5. Reduktion delinquenzverursachenden Verhaltens
(kriminogene Merkmale, falls nicht identisch mit 1.-4.)
6. Reduktion von Verhaltensmustern, die die Lebensqualität einschränken (depressive Verstimmungen, Panikattacken, Partnerschaftsprobleme etc.)

DBT-F

Was haben wir übernommen?

- Dialektik des Behandlungsansatzes
- Therapiezielhierarchie
- **Grundannahmen**
- Hochauflösende Deliktanalysen/Verhaltensanalysen bestimmen die Therapieplanung
- Tagebuchkarten
- Skillstraining/Bezugsgruppe/Basisgruppe
- Bezugspflegegespräche/Skills-Coaching
- Consultation-Team
- Supervision
- „DBT-Sprechstunde“

DBT-F Grundannahmen (in Anlehnung an Swenson et al. `07 und Bohus, `02)

- Handle die Patienten so, wie du möchtest, dass dein Bruder oder bester Freund behandelt wird
- Wir haben mindestens so viel von den Patienten zu lernen, wie diese von uns
- Teammitglieder, die Patienten mit Persönlichkeitsstörung behandeln, brauchen Unterstützung. Dies gilt vor allem für das Pflegepersonal
- Die Teammitglieder haben viel „Macht“ über die Patienten. Diese „Macht“ muss wohlwollend und respektvoll eingesetzt werden
- ...

DBT-F

Was haben wir übernommen?

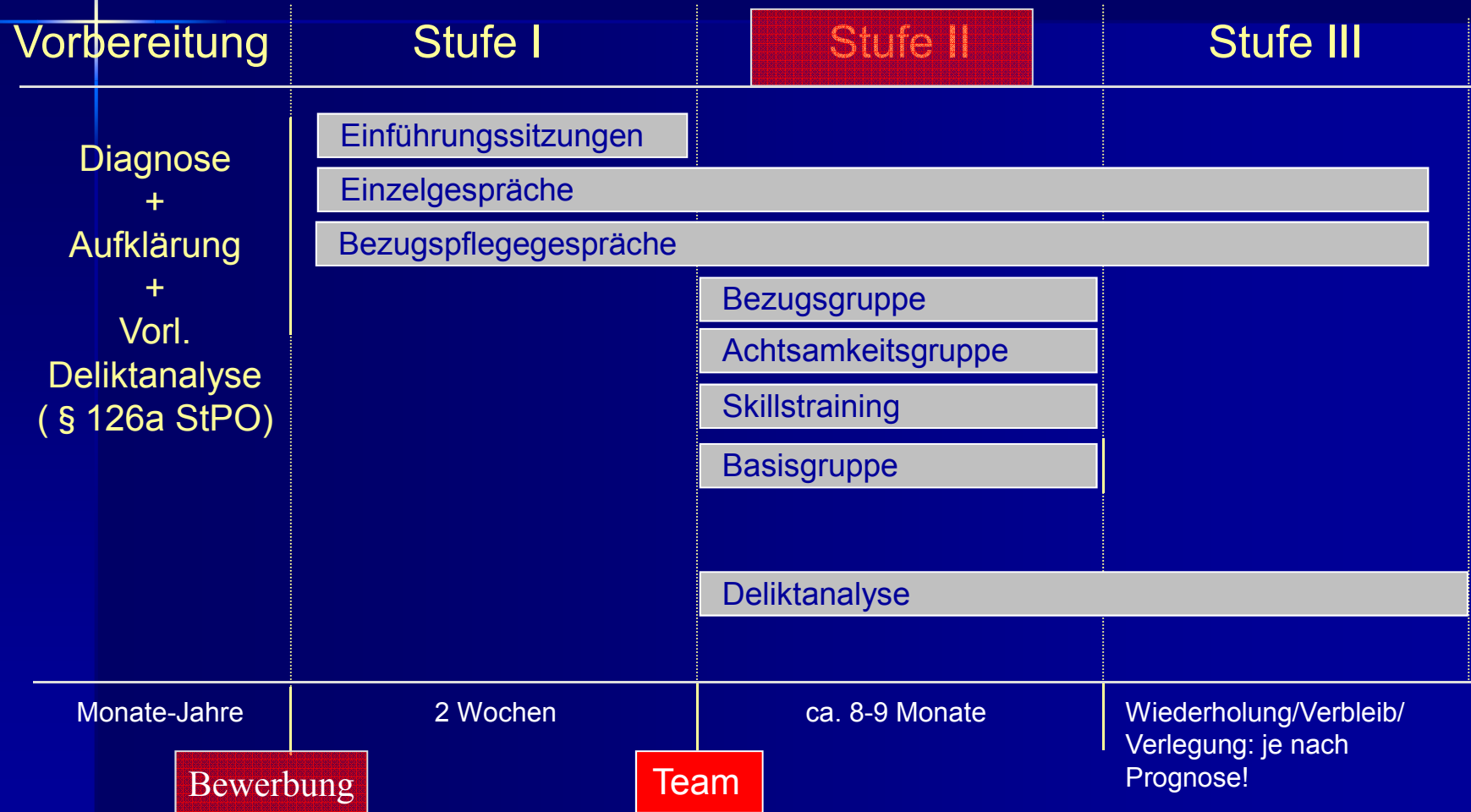
- Dialektik des Behandlungsansatzes
- Therapiezielhierarchie
- Grundannahmen
- **Hochauflösende Deliktanalysen/Verhaltensanalysen bestimmen die Therapieplanung**
- **Tagebuchkarten**
- Skillstraining/Bezugsgruppe/Basisgruppe
- Bezugspflegegespräche/Skills-Coaching
- Consultation-Team
- Supervision
- „DBT-Sprechstunde“

DBT-F

Was haben wir übernommen?

- Dialektik des Behandlungsansatzes
- Therapiezielhierarchie
- Grundannahmen
- Hochauflösende Deliktanalysen/Verhaltensanalysen bestimmen die Therapieplanung
- Tagebuchkarten
- **Skillstraining/Bezugsgruppe/Basisgruppe**
- Bezugspflegegespräche/Skills-Coaching
- Consultation-Team
- Supervision
- „DBT-Sprechstunde“

Therapiestruktur DBT-F



DBT-F

Fertigkeitentraining

Einführung (neu: 8 Sitzungen)

Innere Achtsamkeit (DBT) als Grundlage des ganzen Trainings

1. Stresstoleranz
 2. Umgang mit Gefühlen
 3. Zwischenmenschl. Fertigkeiten
 4. (Selbstwert??)
-

Moralische Urteilsfähigkeit (neu: 6 eingestreute Übungen)

Problemlösen (neu: 12 Sitzungen)

DBT-F

Was haben wir übernommen?

- Dialektik des Behandlungsansatzes
- Therapiezielhierarchie
- Grundannahmen
- Hochauflösende Deliktanalysen/Verhaltensanalysen bestimmen die Therapieplanung
- Tagebuchkarten
- Skillstraining/Bezugsgruppe/Basisgruppe
- Bezugspflegegespräche/Skills-Coaching
- Consultation-Team
- Supervision
- „DBT-Sprechstunde“

Datenlage

Eric W. Trupin et al. 2002 (USA)

Sue Evershed et al., 2003 (UK)

Robin McCann & Elissa Ball (USA, 2006)

Aktuell: Forensik Rostock (Prof. Schläfke u.M.) und
Forensik Hamburg (Dr.Knecht u.M.)

Eric W. Trupin et al. 2002

Mit DBT können bei jugendlichen Straftäterinnen parasuizidales und aggressives Verhalten reduziert werden

Reduktion von restriktiv-bestrafenden zugunsten therapeutischer Massnahmen seitens der Mitarbeiter mit DBT

Ein erfolgreicher Anschluss der Jugendlichen an wichtige rehabilitative Dienste, wie Drogenprogramme oder Arbeitsmöglichkeiten sind die Folge

Sue Evershed et al., 2003

Die Studie zeigt, dass DBT auf männliche Forensikpatienten anwendbar ist

Das oberste Ziel bei der Behandlung dieses Klientels ist die Reduktion von Ärger und gewalttätigem Verhalten: die DBT zeigte sich effektiver als die KG darin, die Schwere der gewalttätigen Vorfälle zu senken sowie Ärger und Feindseligkeit zu reduzieren

Robin McCann & Elissa Ball, 2006

(unveröffentlicht)

Patienten, die mit DBT behandelt wurden, zeigten sich weniger depressiv, feindselig und paranoid und wiesen geringere Werte auf der Psychotizismus-Skala auf. Sie zeigten weniger Vermeidung und Anschuldigungen und bemühten sich mehr um soziale Unterstützung und zeigten ein besseres generelles Funktionsniveau

Robin McCann & Elissa Ball, 2006

(unveröffentlicht)

Die Mitarbeiter der DBT-Station zeigten auf allen drei Burnout-Skalen signifikante Verbesserungen (Zeitpkt.1/6) im Vergleich zur KG

Prof. Schläfke, 2010

Methode:

- Verglichen wurden 29 nach §64 StGB untergebrachte Patienten im Maßregelvollzug
- 15 Pt. erhielten die in der Klinik übliche therapeutische Behandlung (TAU)
- 14 Pt. nahmen an der DBT-F teil
- Zwei Testzeitpunkte: vor Behandlung und nach Intervention

Prof. Schläfke, 2010

- Effektivitätsmaße: neuropsychologische Tests, z.B. Frankfurter Aufmerksamkeitsinventar, Farbe-Wort-Interferenztest etc.
- Prognosebeurteilung: „Therapie-Risiko-Evaluations-System“ (FOTRES)

Prof. Schläfke, 2010

- Positiver Einfluss auf die Fähigkeit zum schlussfolgernden Denken in DBT-F-Gruppe
- Aufmerksamkeitsleistungen konnten in beiden Gruppen gesteigert werden
- Anhand der Prognosebeurteilung konnte nachgewiesen werden, dass insbesondere die dissozialen Patienten von DBT-F profitieren können
- Die Haltequote konnte unter DBT-F erhöht werden

Bisherige Erfahrungen

- Stärkerer Teamzusammenhalt
- Deutlich weniger Berührungängste gegenüber BPS
- Mischung ASP und BPS funktioniert
- Psychosen sind kein Ausschluss
- Offene Gruppen lohnen sich
- Achtsamkeit wird gut angenommen
- Weniger ist mehr + Flexibilität ist wichtig (den Patienten da abholen, wo er ist)

Herausforderungen

- Skills/Skillsketten/Einüben von Skills
- Behandlungskette: Aufnahmestation/Nachfolgende Station/Einrichtung
- Consultation-Team / DBT im Team leben
- „Konstruktive Streitkultur“: sich korrigieren dürfen
- Intellektuelle & schulische Defizite bei den Pat.
- Commitment bei Patienten mit einer ASP
- Typische forensische Dilemmata
- Deliktarbeit
- Wirksamkeitsnachweis
- DBT-Müdigkeit

Ausblick

- Wirksamkeitsnachweis
- Nachfolgend: Veröffentlichung des Manuals (Oermann, Claßen & Bohus, Kohlhammer)
- § 64 StGB: DBT-S und DBT-F
- Kinder- und Jugendmaßregelvollzug: DBT-A und DBT-F
- Einbettung: Nachfolgende Einrichtungen/ Ambulanz

angela.oermann@freenet.de

a.classen@asklepios.com
(OÄ der Forensik HH)

awp@borderline-online.de
Dachverband-dbt.de