

# **Das Darmstädter DBT-Netzwerk - Grundlagen und Praxis**

Hans Gunia

Wir halten diesen Vortrag zu zweit, da sich die Idee des Netzwerkes so am besten darstellen lässt. Michael Huppertz ist Arzt und hat eine tiefenpsychologische Ausbildung. Ich selbst bin Psychologe und Verhaltenstherapeut. Beide Aspekte sind in der Darstellung unseres Netzwerkes nicht ganz unwichtig. Doch lassen Sie mich zunächst die Grundzüge der Dialektisch-behavioralen Therapie kurz darstellen.

Bei der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) von Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS) handelt es sich um eine störungsspezifische Therapie, die seit mehr als 10 Jahren von M. Linehan auf der Basis der Verhaltenstherapie entwickelt wird und in manualisierter Form vorliegt. Der DBT liegt ein Diathese-Stress-Modell zugrunde, das die Borderline Persönlichkeits-Störung durch ein Zusammenwirken einer neurobiologischen Disposition mit früher Traumatisierung oder Vernachlässigung vor allem im Sinne von Invalidierung emotionaler Erfahrungen erklärt (Linehan, 1996). Linehan ergänzt die kognitive Verhaltenstherapie um Elemente aus humanistischen Therapieverfahren und Hypnotherapie. Die Therapie wird von einer Lebenseinstellung getragen, die dem Zen-Buddhismus entlehnt ist (s. dazu Huppertz, 2002). Die DBT wurde als ambulante Therapieform entwickelt und besteht im wesentlichen aus den vier Therapiebausteinen Einzeltherapie, Fertigkeitentraining in der Gruppe, Telefonkontakt im Notfall und regelmäßige Intervision bzw. Supervision der Therapeuten.

**Ambulante Einzeltherapie,  
ambulantes Fertigkeitentraining  
Telefonkontakte,  
Supervision/ Intervision der Therapeuten**

*Abb. 1: Bestandteile der DBT-Therapie*

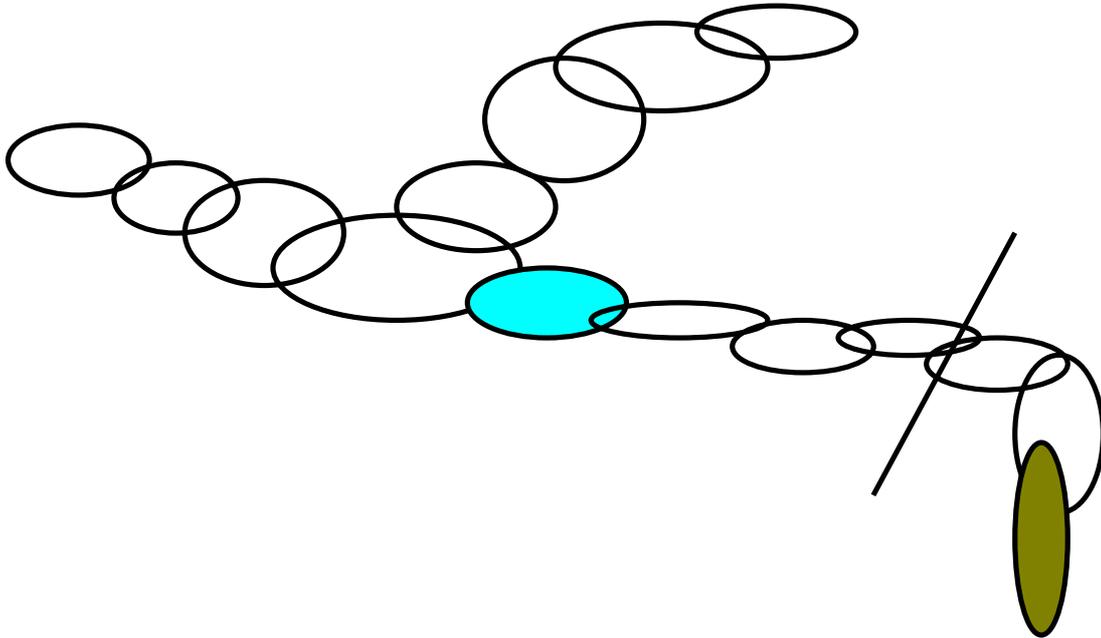
Behandelt wird im Team. Patientinnen haben sowohl Einzel- als auch Gruppentherapie. Wichtiger Grundsatz in der Therapie ist, dass der Einzeltherapeut nicht gleichzeitig der Fertigkeitentrainer ist. Damit soll der Gefahr begegnet werden, dass auch im Fertigkeitentraining nur Krisen besprochen werden.

In der Einzeltherapie ist von den Therapeuten eine Balance aus Validierungs- und Veränderungsstrategien zu finden. Validierungsstrategien zielen darauf ab, die Patientin zu verstehen, auch in ihren dysfunktionalen Handlungsmustern einen Sinn zu erkennen. Verstehen und Validieren ist dabei nicht mit ‚gutheißen‘ zu verwechseln. Eine Dominanz von Validierung könnte dazu führen, dass sich eine Patientin sehr verstanden fühlt, sich aber nicht verändert. Eine Dominanz von Veränderungsstrategien, könnte dazu führen, dass sich die Patientin verändert, aber dazu neigt, die Therapie abubrechen, da sie sich von dem Therapeuten nicht verstanden fühlt. Die therapeutische Beziehung ist partnerschaftlich zu gestalten.

Die Gestaltung der Einzeltherapie orientiert sich an einer Zielhierarchie. Suizidales und Selbstverletzendes Handeln wird immer zuerst besprochen. Daran schließt sich die Behandlung therapieschädigendes Verhaltens, anderer Achse-I-Störungen und/oder Verhaltens, das die Lebensqualität einschränkt, an. Bei Bedarf wird wieder auf eine höhere Zielebene zurück

gegangen. Bei frühen Traumatisierungen schließt sich in einer späteren Therapiephase eine Traumatherapie an.

## Verhaltensanalyse



*Abb. 2: Verhaltensanalyse*

Strategien zum Kontingenzmanagement zielen in der Einzeltherapie darauf ab, dysfunktionales Verhalten nicht zu belohnen. Wenn die Patientin sich selbst verletzt oder einen Suizidversuch gemacht hat, wollen wir dieses Verhalten nicht verstärken. Bevor eine Patientin sich verletzt oder selbst schädigt, hat sie aber die Möglichkeit den Einzeltherapeuten vorher anzurufen und per Telefon mit dem Therapeuten verschiedene Fertigkeiten zu aktualisieren, die in der Bewältigung aversiver Spannungen hilfreich sind. Eine Therapiestunde, die kurz nach einer Selbstschädigung stattfinden würde, würde, um das dysfunktionale Verhalten nicht zu verstärken, ausfallen (was unter ambulanten Bedingungen nicht immer leicht zu bewerkstelligen ist und was in der Praxis von verschiedenen Therapeuten unterschiedlich gehandhabt wird). Die Patientin ist stattdessen angehalten, eine Verhaltensanalyse über das dysfunktionale Verhalten anzufertigen, diese mit in die nächste Therapiestunde bringen und gemeinsam mit dem Therapeuten besprechen.

In Abbildung 1 ist eine Kettenanalyse abgebildet. Jedes Kettenglied steht für eine Handlung, ein Gefühl oder einen Gedanken. Jedes farbige Kettenglied steht für eine dysfunktionale Einheit. Die Gerade am Ende der Kette zeigt den ‚Point of no Return‘ an dem die Handlungs-Gedanken-Gefühlskette nicht mehr unterbrochen werden kann und zu einer parasuizidalen Handlung führt (oben olivgrün eingezeichnet). Zur Illustration einer Ketten-Verhaltensanalyse möchte ich Sie zu einem kleinen Gedankenexperiment einladen. Stellen Sie sich vor, dass ich beim Schreiben dieses Textes obige Abbildung auf meiner Festplatte suche, aber nicht finde. Konsequenz wäre, dass meine Spannung steigt. Stellen Sie sich weiterhin vor, ich finde die Abbildung und versuche diese in den Text zu kopieren und das Kopieren misslänge, da mein Wordprogramm das Format der Abbildung nicht lesen kann. Die Spannung würde weiter steigen. Durch einiges

Ausprobieren und Installieren von Zusatzprogrammen könnte es mir schließlich gelingen, die Abbildung einzufügen. Die Spannung würde sich ein wenig verringern. Stellen Sie sich jetzt vor, ich würde vergessen die Datei zu speichern und mein PC würde abstürzen. Die Spannung wäre jetzt erheblich und ich könnte mir etwa beim ersten dysfunktionalen Kettenglied (in der Abbildung hellblau gezeichnet) vornehmen, mich später zu schneiden. Wenn jetzt der PC nicht mehr hochfahren würde oder nach dem Hochfahren sowohl die Datei als auch die Abbildung verschwunden wäre, kann man sich leicht vorstellen, dass man einen ‚Point of no Return‘ erreichen und sich schneiden würde. In der Einzeltherapie bespricht der Therapeut mit der Patientin die Analyse und versucht gemeinsam mit ihr heraus zu finden, durch welche Fertigkeiten sie die Kette unterbrechen kann, um zu einem alternativen Handlungsausgang zu gelangen (oben als nach oben gerichtete Teilkette gezeichnet).

In obigem Beispiel könnten etwa zu Beginn der Kette Achtsamkeitsfertigkeiten (nicht bewerten, beschreiben, konzentriert Arbeiten) zum Einsatz kommen, um die Spannung nicht ansteigen zu lassen. Später könnten interpersonelle Fertigkeiten (z.B. jemanden anrufen und fragen) oder Fertigkeiten aus dem Gefühlsbereich (Vulnerabilität durch Pausen einlegen verringern) zum Einsatz kommen. Kurz vor dem ‚Point of no Return‘ wäre dann Zeit für Stressfertigkeiten (Eiswürfel in der Hand drücken oder die Realität akzeptieren).

Im Skills-Training werden Grundfertigkeiten vermittelt. Marsha Linehan sagt, mit dem Fertigkeitentraining werde der Ton geliefert, aus dem die Einzeltherapeuten dann die Figur formen. Das bedeutet, dass im Fertigkeitentraining wichtige Bestandteile vermittelt werden, auf die später in der Einzeltherapie zurückgegriffen werden.

Das Fertigkeitentraining besteht aus vier Teilen. Das Modul ‚Achtsamkeit‘ oder auch ‚mindfulness‘ hat den größten Zusammenhang zum Zen. In diesem Modul geht es darum zu lernen, auf sein ‚wise mind‘ zu achten. ‚Wise mind‘ könnte man übersetzen mit ‚Innerer Stimme‘ oder mit ‚Intuition‘. Damit ist, etwas vereinfacht ausgedrückt, die ‚Schnittmenge‘ aus Gefühl und Verstand gemeint. Zu den Achtsamkeitsfertigkeiten gehören: Wahrnehmen, Beschreiben, Teilnehmen, nicht bewerten, konzentriert handeln und effizient handeln. Mit effizientem Handeln ist z.B. gemeint, schon mal auf ein Recht verzichten, wenn man dadurch ein höherwertiges Ziel erreichen kann. Lassen Sie mich hier ein Beispiel für ein nicht effizientes Verhalten anführen. Ein Patient von mir kaufte sich ein Motorrad. Nachdem er 50 km gefahren war, stellte er fest, dass das Öllämpchen leuchtete. Er beschwerte sich bei seinem Händler und forderte eine Reparatur. Der Händler entgegnete wiederum, dass er (mein Patient) Öl nachschütten solle, womit das Problem dann gelöst sei. Mein Patient prozessierte und gewann den Prozess nach zwei Jahren. Der Händler legte Widerspruch ein und verlor auch den zweiten Prozess nach ein paar Jahren. Mein Patient hat den Prozess zwar gewonnen, war in den ganzen Jahren allerdings keinen einzigen Kilometer gefahren. Zudem hatten Vandalen das Motorrad zwischenzeitlich beschädigt. Das Nachschütten eines Liters Öls wäre effizienter gewesen und hätte meinem Patienten zudem eine Menge Ärger erspart.

Im zweiten Modul ‚Umgang mit Emotionen‘ werden Fertigkeiten vermittelt, die für die Gefühlswahrnehmung, den Gefühlsausdruck und die Regulierung von Gefühlen hilfreich sind. Denn viele Borderlinerinnen haben extreme Schwierigkeiten im Umgang mit ihren Affekten, sei es dass eigene Gefühle nicht adäquat und differenziert wahrgenommen werden können, oder sei es, dass sie zwar wahr- aber nicht ernst genommen werden. Manchmal entstehen sekundäre Gefühle wie Wut, Scham und Ärger, die sich auf die primären Gefühle beziehen, diese manchmal entwerten. Ziel der DBT ist, zu lernen, primäre Gefühle ernst zu nehmen, sekundäre zu regulieren (Siehe hierzu auch den Artikel von Bohus in diesem Band).

Im Modul ‚Stresstoleranz‘ werden Fertigkeiten vermittelt, mit deren Hilfe ganz schnell Spannungszustände reduziert werden können. Beispiel ist etwa, wenn eine Patientin unter extremer Spannung einen Eiswürfel so lange in der Hand drückt bis ein Schmerzreiz entsteht, oder an einem Ammoniak-Fläschchen riecht. Ammoniak hat einen stechenden beißenden Geruch. Beide Schmerzreize haben starken Ablenkungscharakter und sind somit geeignet, Spannung kurzfristig zu reduzieren. Andere Fertigkeiten aus diesem Modul sind etwa Atemübungen, lernen die Realität, so wie sie ist, zu akzeptieren, Urlaub machen (auch metaphorisch gemeint) oder einen Sinn in der ‚Katastrophe‘ finden.

Nicht zuletzt gibt es ein Modul ‚Zwischenmenschliche Fertigkeiten‘. Hier handelt sich um eine Art soziales Kompetenztraining. Inhalte sind, wie in der klassischen Verhaltenstherapie, Zuhören, Forderungen stellen aber auch ablehnen können, Wünsche, Bedürfnisse und Gefühle äußern usw. Dazu gibt es eine Checkliste mit Fragen, anhand derer gefolgert werden kann, ob eine Bitte geäußert bzw. abgelehnt werden sollte und mit welcher Intensität. Ich fand diese Checkliste anfangs zu theoretisch, musste aber feststellen, dass viele Borderlinepatientinnen von einem solchen Orientierungsrahmen gut profitieren. Die Patientinnen lernen in diesem Modul auch, die individuellen Ziele (Zielorientierung) mit der Art der Beziehung, die zu Mitmenschen gewünscht wird (Beziehungsorientierung) und dem Umgang mit sich selbst (Orientierung auf die Selbstachtung) in eine Balance zu bringen.

Telefonkontakte dienen dazu, suizidales oder selbstverletzendes Verhalten bereits im Vorfeld abzufangen. Bei Bedarf dienen sie auch der Wiederherstellung der therapeutischen Beziehung. Sie sind grundsätzlich kurz zu gestalten. Der Therapeut klärt Suizidalität, fragt Skills ab und bespricht mit der Patientin was als nächstes zu tun ist. Wenn man so verfährt, ist die Gefahr außerordentlich gering dass Telefonkontakte ‚ausgenutzt‘ werden.

Wichtig ist nicht zuletzt die Supervisionsgruppe, aus Gründen die Martin Bohus bereits ausgeführt hat, erstens um die Einzeltherapeuten zu entlasten und zweitens um die Balance in der Therapie zu gewährleisten. Bei Bedarf lässt sich die Behandlung um eine Psychopharmakologische Behandlung und bei entsprechender Indikation um eine akute stationäre psychiatrische Behandlung ergänzen.

Die Geschichte des Netzwerkes begann 1996. Ich war damals erstmals in Freiburg und besuchte einen ‚DBT basic-workshop‘ bei Martin Bohus. Es waren dort viele Kollegen, ganz unterschiedlicher therapeutischer Ausrichtung, versammelt. Es gab Verhaltenstherapeuten, Kollegen mit tiefenpsychologischer Ausbildung, Psychoanalytiker, Hypnotherapeuten. Alle waren gekommen, um etwas neues zu erfahren, hatten eine Intuition, dass DBT möglicherweise eine Therapieform ist, mit der man Patienten, mit denen man bislang Schwierigkeiten in der Behandlung hatte, besser helfen könnte, als mit dem Verfahren mit dem man bislang gearbeitet hatte. Das ganze hatte damals eine bemerkenswerte integrative Kraft.

In Darmstadt gab es bereits eine Praxismgemeinschaft aus ärztlichen Kollegen mit psychiatrischer, neurologischer und psychotherapeutischer Ausbildung und psychologischen Psychotherapeuten. Alle waren psychotherapeutisch in unterschiedlichen Verfahren ausgebildet und hatten einige Jahre Erfahrung in der Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Diese Praxismgemeinschaft bildete sozusagen die Keimzelle unseres ‚DBT Netzwerkes‘. Zunächst informierten wir uns alle über DBT durch einen Übersichtsartikel (Bohus & Berger, 1996) und sprachen auch schon einmal den einen oder anderen Kollegen an, mit dem oder der wir bisher gerne zusammengearbeitet hatten. 1997 luden wir Martin Bohus zu einem ersten gemeinsamen, orientierenden Workshop nach Darmstadt ein. Dieser Workshop hat uns sehr angesprochen und wir hatten die Idee, dass DBT sehr hilfreich in der Arbeit mit Borderline Patienten sein könnte. Ausser der DBT selbst faszinierte uns natürlich auch die Möglichkeit gemeinsam mit anderen Kollegen in einem therapeutischen Verbund zu arbeiten. Der nächste wichtige Schritt war der Entschluss, die DBT-Ausbildung gemeinsam vor Ort in Darmstadt zu machen. Wir hatten die Idee, auf diese Weise besser zu einem Netzwerk zusammen wachsen zu können. Die Freiburger Arbeitsgruppe stand dieser Idee sehr aufgeschlossen gegenüber, so dass wir fast die gesamte DBT-Ausbildung mit anschließender Supervision in Darmstadt machen konnten. 1998 etablierten wir die erste Skillsgruppe. Mittlerweile laufen 4 Skillsgruppen à 8 Patientinnen parallel. Während zweier Jahre hatten wir sogar fünf parallele Gruppen.

Auf Therapeutenseite sind wir insgesamt 11 Therapeuten. 6 Kollegen sind primär verhaltenstherapeutisch und 5 primär tiefenpsychologisch ausgebildet. Die Verhaltenstherapeuten sind durchweg Psychologen, die tiefenpsychologisch ausgebildeten Kollegen sind Ärzte. Wir sind im Moment vier Männer und sieben Frauen. Wir hatten bislang zwei Therapeuten drop outs. Zwei Kolleginnen haben sich aus ganz unterschiedlichen Gründen entschieden, aus dem Netzwerk auszusteigen. Aufgrund eines außerordentlich großen Bedarfes an DBT-

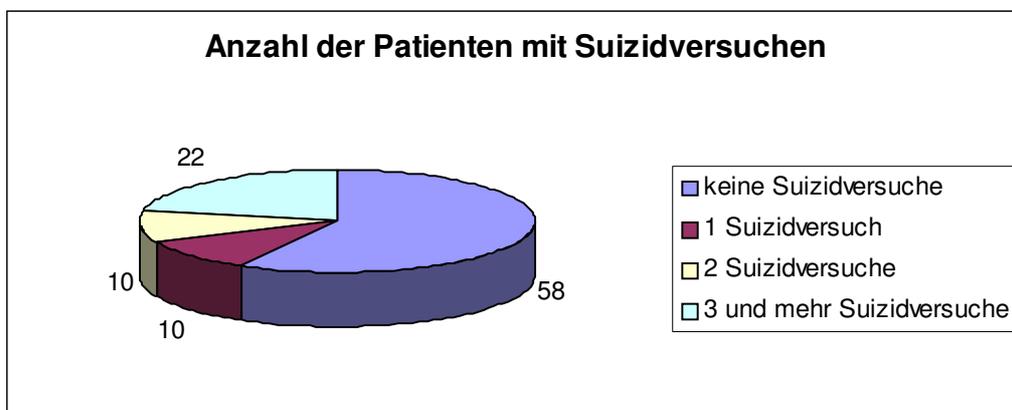
Therapieplätzen, haben wir eine Kollegin und einen Kollegen neu aufgenommen. Eine Sozialpädagogin arbeitet im Netz als Skills-Trainerin.

Dr. Jürgen Friedrich von der TU Darmstadt, der unsere Arbeit wissenschaftlich begleitet, hat ausgerechnet, dass wir durchschnittlich 49 Jahre alt sind, im Schnitt 3,2 Therapieausbildungen und etwa 13,5 Jahre Berufserfahrung haben (Gunia et al, 2000). Der Aspekt der Berufserfahrung erscheint mir nicht ganz unwichtig. Ich glaube, es ist wichtig dass man, wenn man mit diesem Klientel arbeitet, eine gewisse Berufserfahrung mitbringt. Für Kollegen, die noch ganz am Anfang ihrer Therapieausbildung stehen, ist die Arbeit mit Borderline Patientinnen, aber auch die Arbeit mit der DBT nicht zu empfehlen.

Wir erleben das Phänomen, dass viele niedergelassene Kollegen gegenüber einer Behandlung einer Patientin mit einer Borderline Störung eine gewisse Scheu und Zurückhaltung zeigen. Demgegenüber liegt der subjektiv von uns erlebte Stress, gemessen auf einer visuellen Analogskala (0 bis 43) bei 25 und damit nur etwa 10% höher als in der Behandlung anderen Klientels. Möglicherweise resultiert dieser Effekt aus der Behandlung im Team. ‚Die Last‘ verteilt sich auf mehrere Schultern.

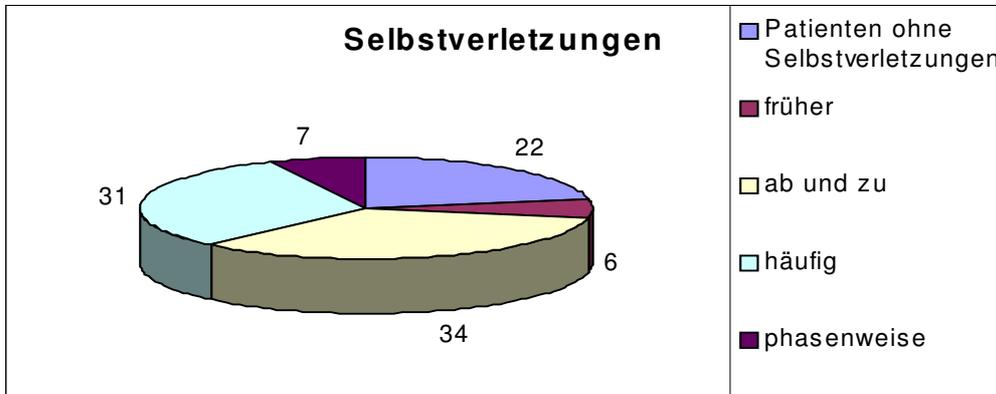
Die telefonische Erreichbarkeit beträgt im Schnitt 11,6 Stunden am Tag. Sie ist von Therapeut zu Therapeut unterschiedlich, da jeder Therapeut seine eigenen Grenzen steckt. Um der Frage vorzubeugen, ob dieses Telefon Management nicht zu anstrengend ist, haben wir diesen Aspekt untersucht. Borderline Patientinnen nützen dies eigentlich nicht aus. Es gibt Phasen von 3 bis 4 Monaten wo kein Patient anruft. Zu anderen Zeiten kann es sich etwas ballen. Meine persönliche Erfahrung ist, dass bereits die Möglichkeit, den Therapeuten anrufen zu können, hilft, egal ob man es schließlich tut oder nicht. Nach einer ersten Auswertung werden die weiblichen Kollegen etwas häufiger angerufen als die männlichen.

Bisher sind 80 Patientinnen in das Projekt eingetreten. Nach der letzten Auswertung beträgt die Einjahresabbruchquote 12% (vgl. Friedrich et al, im Druck). Das durchschnittliche Alter der Patientinnen liegt im Schnitt bei 35,2 Jahren. Das ist relativ alt im Vergleich zu anderen Stichproben. 19% unserer Projektpatienten sind Männer. Die Patienten haben einen durchschnittlichen GAF Wert von 50. Das heißt, dass unser Klientel relativ krank ist. Die Patientinnen haben im Schnitt 3,6 stationäre Aufenthalte mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 25,2 Wochen gehabt. 60 % der Patienten hatten vor Eintritt in unser Projekt bereits eine psychotherapeutische Behandlung. Davon die Hälfte sogar zwei bis drei Therapieversuche. Das ist ziemlich genau das, was man auch in anderen Studien zu Borderline Persönlichkeitsstörungen findet. Wir haben im Projekt bisher eine Gesamtabbruchquote von unter 20%. Im Vergleich zu der in der Literatur berichteten Abbrecherquote von durchschnittlich 50-60% ist das sehr gut. Möglicherweise liegt dieses günstige Ergebnis auch an unserem Behandlungssetting. Die Behandlung im Team bietet die Möglichkeit, bei Konflikten mit einem Therapeuten einen anderen Therapeuten zur Klärung hinzuziehen. Auch können sich



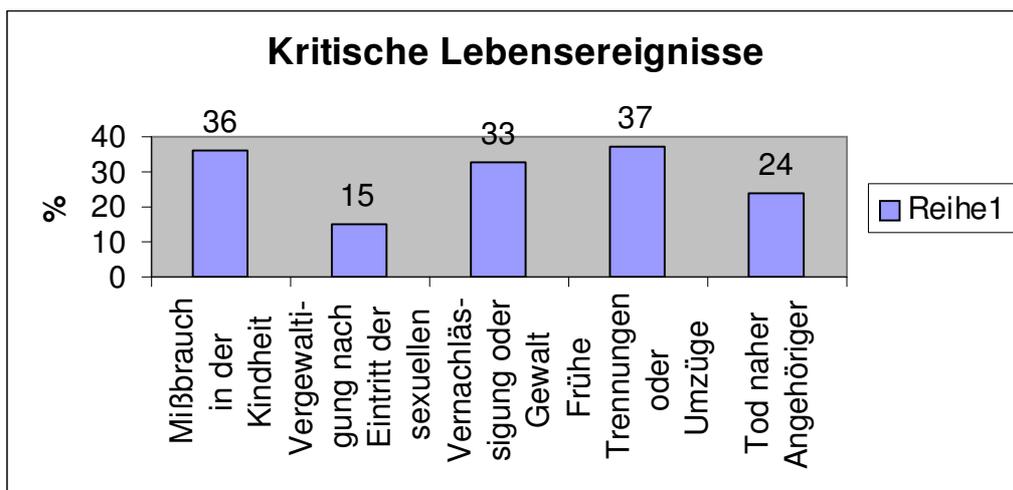
**Abb. 3: Anzahl der Patienten mit Suizidversuchen**

Patientinnen, wenn sie mit einem Fertigkeitentrainer nicht können, auf den anderen konzentrieren. Wir haben mit 58%, einen relativ hohen Anteil von Patientinnen ohne bisherigen Suizidversuch. 42% der Patientinnen haben mindestens einen Suizidversuch in der Vorgeschichte (vgl. Abb. 3)



**Abb. 4: Anzahl der Patienten mit Selbstverletzungen in der Vorgeschichte**

22% unserer Patienten zeigten noch nie selbstverletzendes Verhalten. Ähnliche Prozentwerte von Patientinnen ohne selbstverletzendes Verhalten finden sich auch in anderen Studien.



**Abb. 5: Kritische Lebensereignisse**

Wir haben auch nach der Schwere der Erkrankung gefragt (vgl. Abb. 6). 90% wurden von den Netzwerktherapeuten als mittelschwere Störung eingeordnet.

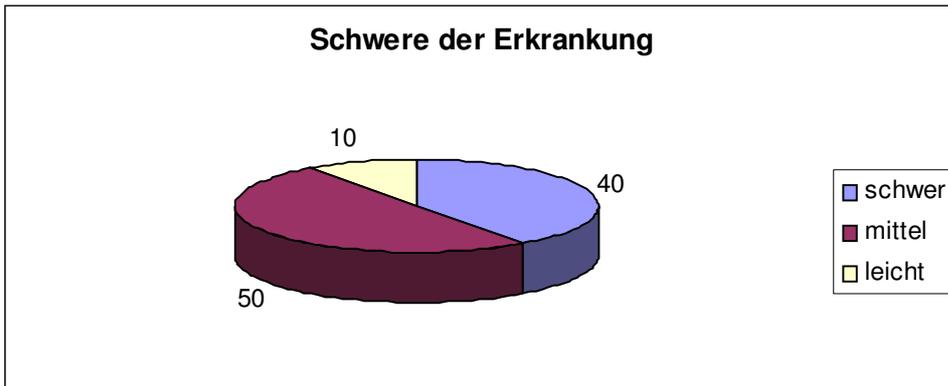
Als kritische Lebensereignisse finden sich in unserer Stichprobe, Mißbrauch in der Kindheit, Vergewaltigungen, frühe Trennungen oder Umzüge und Vernachlässigung oder Gewalt. (vgl. Abb. 5).

Hohe Comorbiditätsraten finden sich im Bereich der affektiven Störungen, den Essstörungen, dem Substanzmissbrauch und den Angststörungen, geringere Raten finden sich bei Psychosen und anderen Persönlichkeitsstörungen. Die Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTSD) haben wir nicht unter die Angststörungen subsumiert, auch nicht separat erhoben. Die Diskussion, ob man eine Subgruppe der BPS nicht besser als chronische PTSD kategorisieren sollte, ist derzeit noch am Laufen und noch nicht entschieden.

Im Moment haben wir vier parallele Skills-Gruppen mit je 8 Patienten. Das Skills-Training läuft zwei Jahre. Jedes Modul wird zweimal durchlaufen. Die Einzeltherapie läuft länger, durchschnittlich 3 bis 4 Jahre. Da die Einzeltherapien länger dauern als die Gruppentherapien,

haben die Einzeltherapeuten bald eine Obergrenze von Borderline-Patientinnen erreicht, die sie behandeln können, während in den Gruppen möglicherweise aufgrund der kürzeren Behandlungszeiten noch Platz ist. Flaschenhals ist also die Behandlungskapazität der Einzeltherapeuten.

Einmal im Monat treffen wir uns zur Intervision. Dafür haben wir 90 Minuten zur Verfügung. Diese Zeit ist an die Möglichkeiten niedergelassener Psychotherapeuten angepasst. Da diese Zeit allerdings nicht ausreicht, holen wir uns zweimal im Jahr eine eintägige externe Supervision aus Freiburg. Ausserdem besteht die Möglichkeit, Videobänder supervidieren zu lassen.

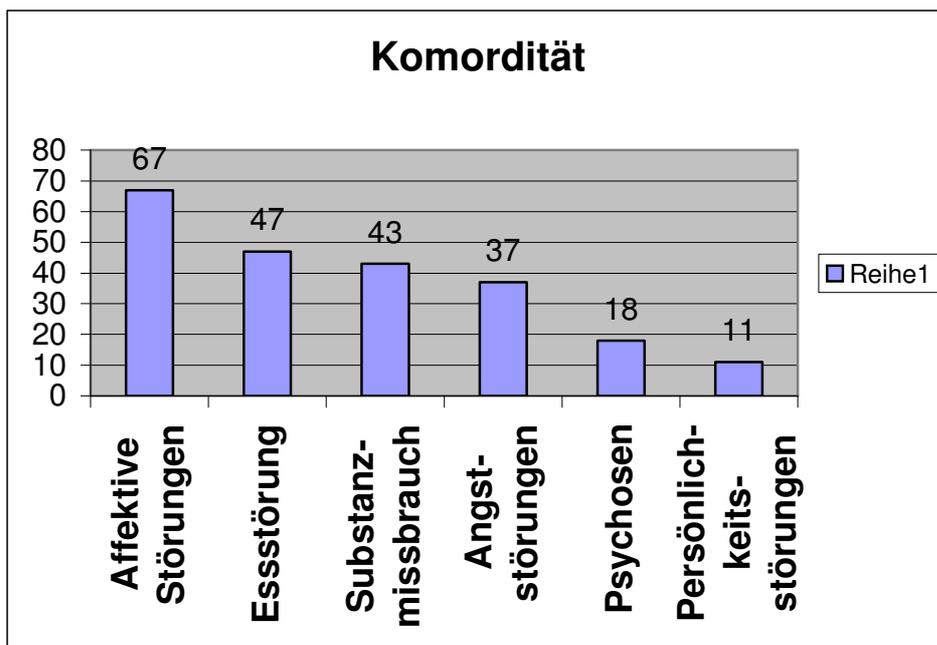


**Abb. 6: Die von den Therapeuten eingeschätzte Schwere der Erkrankungen**

Nachdem unser Netzwerk arbeitete, haben wir speziell für Kollegen aus den umliegenden psychiatrischen Kliniken weitere DBT-Fortbildungen organisiert.

Daher gibt es in jeder der drei umliegenden Kliniken ausgebildete DBT-Therapeuten. In einer Klinik entstand vor kurzem ein kleines, an die dortige Institutsambulanz angeschlossenes, Netzwerk.

Die Zusammenarbeit mit diesen Kliniken ist gut. Von dort werden uns viele Patientinnen vermittelt. Umgekehrt schicken wir Patientinnen zur Krisenintervention dorthin.



**Abb. 7: Komorbide Störungen**

Wir werden häufig von sozialpsychiatrischen Einrichtungen der Region zu Vorträgen oder Fortbildungen eingeladen. So kommt es, dass wir in der Region gut bekannt und gut in die regionale Versorgung integriert sind.

Die Ergebnisse der Begleitforschung zeigen, dass die Patientinnen in unserem Netz Fertigkeiten in Krisensituationen anwenden und dass diese Fertigkeiten, wenn sie angewendet werden, auch tatsächlich helfen (Gunia et al, im Druck). Darüber hinaus führt ambulante DBT zu einer Verringerung der Krankenhausverweildauer und der Anzahl der Selbstverletzungen (Friedrich et al, im Druck).

*Bohus, M. & Berger, M. (1996). Die dialektisch-behaviorale Psychotherapie nach M. Linehan. Ein neues Konzept zur Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Nervenarzt, 67, 911-923.*

*Friedrich, J., Gunia, H. & Huppertz, M. (im Druck) Evaluation eines ambulanten Netzwerks für Dialektisch Behaviorale Therapie. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin.*

*Gunia, H., Huppertz, M., Friedrich, J. & Ehrenthal, J. (2000) Dialektisch Behaviorale Therapie von Borderline-Persönlichkeitsstörungen in einem ambulanten Netzwerk. Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis, 32, 651-662.*

*Gunia, H., Friedrich, J. & Huppertz, M. (im Druck) Evaluation eines ambulanten DBT-Netzwerks-Ersate Ergebnisse. In: Merod, R. (Hrsg.) Behandlung von Persönlichkeitsstörungen – Integration. Tübingen: dgvt-Verlag.*

*Huppertz, M. (im Druck) Die Bedeutung des Zen-Buddhismus für die Dialektisch-Behaviorale Therapie. Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie.*

*Linehan, M.M. (1996a). Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeits-Störung. München: CIP-Medien.*

*Linehan, M.M. (1996b). Trainingsmanual zur dialektisch-behavioralen Therapie der Boderline-Persönlichkeitsstörung. München: Cip-Medien. Original: (1993). Skillstraining manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford Press.*