

# Das Darmstädter Modell

## Psychotherapie von Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in einem ambulanten Netzwerk

Hans Gunia, Michael Huppertz

### Zusammenfassung

Nach einem kurzen Überblick über die Grundzüge der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) wird das Darmstädter DBT-Netzwerk vorgestellt. Ein besonderer Augenmerk liegt dabei auf der Darstellung der Arbeitsweise des Netzwerks. Wir behandeln die regionale Vernetzung und die Vorteile, die ambulante DBT für Patienten, Therapeuten und Versorgungssysteme hat. Der Beitrag tiefenpsychologisch ausgebildeter Kollegen wird diskutiert.

### Schlüsselwörter

Dialektisch-Behaviorale Therapie, ambulante DBT, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Finanzierung

### Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)

Bei der Dialektisch-Behavioralen Therapie von Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS) handelt es sich um eine störungsspezifische Therapie, die auf Basis der kognitiven Verhaltenstherapie und der humanistischen Psychotherapie entwickelt wurde und in manualisierter Form vorliegt (Linehan 1996). Behandelt wird grundsätzlich im Team. Patientinnen nehmen sowohl an einer Einzeltherapie als auch an einem seminarartigen Fertigkeitentraining in der Gruppe („Skills-Gruppe“) teil. Beides findet wöchentlich statt. Die Skillsgruppe wird von zwei Therapeuten geleitet. Eine genauere Beschreibung der DBT findet sich im Beitrag von Klaus Höschel und Martin Bohus in diesem Heft.

### Das Darmstädter Netzwerk

Das Darmstädter Netzwerk begann seine Arbeit 1996. Zurzeit haben wir vier Skills-Gruppen à ca. acht Patientinnen. Bei einer Gruppe sorgen wir dafür, dass Männer in der Mehrzahl bleiben. Zwei Kolleginnen bieten im Rahmen unseres Netzwerkes DBT für Adoleszente an, ein Kollege und eine Kollegin eine achtsamkeits- und körperorientierte Gruppe für fortgeschrittene Patientinnen. Unser Team besteht aus insgesamt elf TherapeutInnen. Sechs KollegInnen sind primär verhaltenstherapeutisch und fünf primär tiefenpsychologisch ausgebildet. Die VerhaltenstherapeutInnen sind alle PsychologInnen, die tiefenpsychologisch ausgebildeten KollegInnen sind ÄrztInnen. Wir sind im Moment vier Männer und sieben Frauen.

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 8,7% höher als in der Behandlung anderer Störungen. Möglicherweise resultiert dieser Effekt aus der Behandlung im Team. „Die Last“ verteilt sich auf mehrere Schultern.

Bisher sind etwa 180 PatientInnen in das Projekt eingetreten. In der Regel kommen die PatientInnen direkt zu uns und wir haben den Anspruch auch schwerkranke PatientInnen ambulant zu behandeln. Sehr selten schlagen wir PatientInnen eine vorherige Behandlung auf einer DBT-Spezialstation vor.

Deskriptive Daten unserer PatientInnen sind an anderer Stelle veröffentlicht (Gunia et al. 2000, Friedrich et al. 2003). Wir hatten im Projekt nach einer Untersuchung von 2003 (Friedrich et al. 2003) im ersten Jahr eine Abbruchquote von 12%, die Hälfte davon durch „early drop-outs“, also Patienten, die sich in den ersten fünf Sitzungen gegen die Therapie entschieden haben. Manchmal wird die Therapie von uns wegen zu unregelmäßiger Teilnahme abgebrochen (weniger als 50% Teilnahme in den jeweils letzten drei Monaten). Alle Patienten haben aber die Möglichkeit nach einer Pause von mindestens sechs Monaten wieder einzusteigen. Davon wird auch Gebrauch gemacht.

## Arbeit in einem ambulanten Team

Es gibt in unserem Team keine Leitung und wir sind nicht durch einen Verein oder eine Gesellschaft verbunden. Mehrere Praxen und Praxisgemeinschaften sind beteiligt. Jeder rechnet auf eigene Rechnung ab. Alle Therapeuten haben eine abgeschlossene DBT-Ausbildung.

Die Behandlung beginnt damit, dass sich eine Patientin an ein Mitglied unseres Netzwerkes wendet. Dieser Therapeut bestellt die Patientin ein und überprüft die Diagnose. Sind die DSM-IV-Kriterien für eine Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung erfüllt, wird die Patientin über Ursache, Verlauf und Prognose von Borderline-Persönlichkeitsstörungen und über die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) informiert. Dann wird die Patientin auf eine Warteliste gesetzt. Eins unserer ungelösten Probleme besteht darin, dass die PatientInnen inzwischen für unsere Begriffe zu lange auf einen Therapieplatz warten müssen.

Das Skills-Training dauert ein Jahr, kann aber auf zwei Jahre (maximal) verlängert werden. Einige PatientInnen profitieren schon von einem Jahr Teilnahme am Skillstraining sehr stark, für andere ist das erste Jahr „Angstkonfrontation in vivo“ pur und es geht nur ums „Aushalten“. Die Einzeltherapie dauert länger, in der Regel drei bis vier Jahre.

Einmal im Monat treffen wir uns für 90 Minuten zur Intervision, besprechen organisatorische Probleme und tauschen uns über die PatientInnen aus. Einzel- und Gruppentherapie werden aufeinander bezogen. Ein- und Ausstiege aus dem Projekt werden besprochen. Da die Zeit oft nicht ausreicht, verlängern wir zweimal im Jahr die Intervision um zwei Stunden und werden einmal im Jahr ein-tägig extern supervidiert.

Die Therapie endet regulär, wenn die avisierten Ziele erreicht sind, oder wenn die Patientin unfreiwillig aus dem Projekt aussteigen muss.

Bisweilen organisieren wir für Kollegen aus den umliegenden psychiatrischen Kliniken DBT-Fortbildungen und werden häufig von sozialpsychiatrischen Einrichtungen zu Vorträgen oder Fortbildungen eingeladen. In der Region sind wir gut bekannt und in die regionale Versorgung integriert.

## Begleitforschung

Bisherige Untersuchungen zeigen, dass DBT bezüglich der Hospitalisierungsanzahl und -dauer, der Anzahl parasuizidaler Handlungen, der Abnahme von Ärger und des Ausbaus sozialer und beruflicher Integration Standardtherapien überlegen ist (zusammenfassend Linehan et al. 1991, Bohus et al. 1996, Friedrich et al. 2003). Unsere Untersuchung (Gunia et al. 2005) weist darauf hin, dass Skills tatsächlich wirksam sind und das Problem eher im Üben und ihrem adäquaten Einsatz liegt. Stellt man der Reduktion von Klinikeinweisungen (Rückgang der Dauer der stationären Aufenthalte von 2,57 auf 0,35 Wochen) die Kosten für DBT (Sitzungen, die wir den Kassen in Rechnung gestellt haben) gegenüber, kommt man innerhalb eines Jahres und für die in die Untersuchung eingegangenen PatientInnen auf eine durchschnittliche Ersparnis von 1566,24 pro PatientIn und Jahr (Gunia 2007).

Die Zusammenarbeit mit den Nachbar-kliniken ist sehr gut. In der Regel können wir darauf hinwirken, dass PatientInnen unseres Projektes, nach einer notwendig werdenden Krisenintervention, rasch wieder entlassen werden. Umgekehrt überweisen die Nachbarkliniken gerne ihre Borderline-PatientInnen in unser Projekt.

## Vorteile ambulanter DBT

Alle Therapeuten des Netzwerkes hatten bereits vor 1997 mit BPS-Patientinnen gearbeitet und waren nicht zuletzt aufgrund frustrierender Erfahrungen bereit, sich auf einen neuen Therapieansatz einzulassen. Ein Grund für die Frustrationen in den üblichen Therapien mit BPS-Patientinnen besteht in den häufig notwendigen Kriseninterventionen. Sie zerfleddern die langfristige therapeutische Arbeit und zehren an den Nerven. Dazu kommen gewöhnlich intensive, schwankende, häufig negative Übertragungen, die immer wieder auch die therapeutische Beziehung substanziell angreifen. Unsere Arbeit mit der DBT zeigte häufig und rasch folgende Vorteile:

- Für Patientinnen wie Therapeuten klare Prioritäten in der Therapie, hohe Transparenz der Ziele und des Vorgehens, Krisenmanagement so lange bis die Patientin ausreichend stabil ist,

um an „weicheren“ Themen zu arbeiten.

- Angebot zahlreicher konkreter Hilfen, die zu raschen Erfolgserlebnissen führen, Arbeit in kleinen Schritten.
- Entdramatisierung von Selbstverletzungen und anderen destruktiven Verhaltensweisen durch die höhere Gewichtung von Akzeptanz gegenüber Veränderung, durch die Vermeidung ungewollter positiver Verstärkung (vermehrte Zuwendung) und durch eine relativ technische therapeutische Reaktion in Krisensituationen.
- Kontinuierliche aktive Arbeit an einer positiven therapeutischen Beziehung, strukturierte, aber tendenziell hohe Erreichbarkeit der TherapeutInnen für die PatientInnen, vor allem in der Anfangsphase der Behandlung.
- Delegation der Verantwortung an die PatientIn als Lernende, wobei gilt: Praktizierte Bereitschaft zum Lernen ist entscheidend.
- Partnerschaftlichkeit in der therapeutischen Beziehung: Auch der Therapeut ist Lernender.
- Entlastung der einzelnen therapeutischen Beziehung: Drei Therapeuten sind in der Regel für eine Patientin zuständig, im Notfall sind sie austauschbar. Zudem hat die PatientInnen-Peergroup oft eine erhebliche stabilisierende Bedeutung.
- Die TherapeutInnen erfahren viel Unterstützung im Team sowie außerhalb (externe Vernetzung).
- Freude an der Therapie für alle Beteiligten, Möglichkeit zu Kreativität und „playfulness“.
- Weltanschauung und Lebenskunst als Dimensionen von Psychotherapie werden in der DBT deutlicher expliziert als in anderen Verfahren.

Unser Netzwerk hat auf der Basis professioneller Wertschätzung und freundschaftlicher Beziehungen zusammengefunden. Hilfreich war sicher, dass die meisten von uns eine sozialpsychiatrische Vergangenheit hatten. Wir waren gewohnt, polypragmatisch zu arbeiten, kränkere Patienten zu bevorzugen und ihnen stark entgegenzukommen. Wir hatten aber auch die Vorteile der Teamarbeit gegenüber einem Einzelkämpferdasein als niedergelassene TherapeutInnen in guter Erinnerung. Demgegenüber hat die Orientierung an therapeutischen Schulen bei der Zusammenstellung unse-

res Netzwerks keine Rolle gespielt. Dies entsprach auch unserem Eindruck von der DBT als störungsspezifischem und innovativem Verfahren, das sich keiner etablierten Tradition zurechnen lässt. Wir können rückblickend feststellen, dass die persönlichen Beziehungen, die Bereitschaft sich zu öffnen und wechselseitig zu unterstützen und auch die Persönlichkeiten der TherapeutInnen die entscheidenden Faktoren für unsere gemeinsame Arbeit waren und sind.

Dennoch waren unsere Voraussetzungen durchaus unterschiedlich. Wer sich gut mit Verhaltenstherapie auskannte, tat sich fraglos leichter mit der Therapiesprache, den klaren Zielsetzungen und der übenden Arbeitsweise. Wer in humanistischen Verfahren bewandert war, fand leicht in die selektiv offene, akzeptierende, sinnlich-kreative und experimentelle therapeutische Grundhaltung. Wer hypnotherapeutisch-systemisch ausgebildet war, fand in der DBT konfundierende, paradoxe, umdeutende und nondirektiv suggestive Techniken wieder. Die Rolle tiefenpsychologischer Therapeuten in unserem Netzwerk und etwas genereller in der DBT möchten wir nun wegen ihrer Relevanz gesondert behandeln.

## Tiefenpsychologische TherapeutInnen in der DBT

In der DBT sind die vorrangig tiefenpsychologisch ausgebildeten (und damit auch die ärztlichen) TherapeutInnen generell deutlich in der Unterzahl, bei uns sind sie mit fünf von elf dagegen relativ stark vertreten. Für die generell geringere Beteiligung gibt es zahlreiche Gründe, auf die wir hier nicht näher eingehen können. Methodisch sehen wir vor allem aktuelle Annäherungen in der Therapielandschaft (individualisierende „Schematherapie“ auf der Seite der VT, lern- und gruppentherapeutische tiefenpsychologische Konzepte auf der Seite der Psychoanalyse) und Überschneidungen zwischen der psychoanalytischen und der dialektisch-behavioralen Arbeitsweise mit BPS-Patientinnen, die sich aus dem gemeinsamen aktiven und stark strukturierten Vorgehen ergeben.

Daneben gibt es aber weiter klare Differenzen. So wird z.B. die zentrale technische Bedeutung der Deutung als traditionsreiches – und auch z.B. in der TFP noch zentrales – Basistheorem der Psychoanalyse in der DBT, ebenfalls „traditionell“ gesprochen, nicht akzeptiert. Grund für die Skepsis gegenüber Deutungen ist die humanistisch geprägte Wertschätzung für die manifeste Subjektivität der Patientin und der Wunsch, sie vor invalidierenden Deutungen zu schützen. Für die DBT wäre es Fortschritt, zu sehen, dass ein tiefenpsychologisches Verstehen auch zu einer erweiterten, „tieferen“ Validierung führen kann.

Aber das Potenzial der Psychoanalyse/Tiefenpsychologie für die DBT ist wesentlich umfassender. Unserer Erfahrung nach können tiefenpsychologisch geschulte TherapeutInnen die DBT in folgenden Punkten bereichern (Huppertz 2006a, Reicherzer 2006):

- einer differenzierten ganzheitlicheren psychodynamisch orientierten Diagnostik,
- Erfahrung und Souveränität mit negativen Übertragungen und vor allem Gegenübertragungen und ein entsprechendes Handling der therapeutischen Beziehung,
- Vertrautheit mit einer distanzierten und akzeptierenden Haltung, Geduld,
- einem Blick für die konflikthafteren destruktiven Anteile der PatientInnen und für Themen wie Aggressivität und Sexualität,
- einem vertieften Verständnis von „Validierung“, das unbewusste Motivationen, szenische Muster und Übertragungsprozesse einschließt,
- Vertrautheit im Umgang mit Traumatisierungen,
- Sensibilität für die unbewusste Umfunktionalisierung der DBT zu einer Form von Disziplinierung (Verhaltensanalysen als Sanktionen etc.).

Kurzum: Unsere Erfahrungen sprechen sehr dafür, dass sich die DBT für alle PsychotherapeutInnen, die eine wissenschaftliche Grundhaltung mitbringen, öffnet und umgekehrt.

Die DBT ist aber nicht nur ein „best of“ anderer Therapieformen für Borderline-PatientInnen, sondern bezieht ihren Reiz und ihre einigende Kraft auch aus der spezifischen Grundhaltung einer achtsamkeitsbasierten Psychotherapie (Bohus u. Huppertz 2006). Die DBT hat für diejenigen PatientInnen und TherapeutInnen eine zusätzliche Anziehungskraft, die sich für Achtsamkeit und Spiritualität interessieren. Darauf können wir hier leider nicht näher eingehen (Huppertz 2006b).

## Finanzierung

Derzeit haben wir eine Vereinbarung mit den Kassen der Region, die Therapie im Einzelfall in unserem Netzwerk im Rahmen der Kostenerstattung zu finanzieren. Voraussetzung für die Finanzierung ist, dass wir je PatientIn einen speziell konzipierten Antrag mit genauer Diagnose, Befund und einer Auswertung verschiedener Fragebögen (Gunia 2007) einreichen. Nach positiver Begutachtung durch den MDK Hessen bewilligen uns die Kassen in der Regel 150 Sitzungen Einzeltherapie sowie 100 Sitzungen Skills-Training. Die Kassen legen Wert darauf, dass es sich um Einzelfallentscheidungen handelt, wahrscheinlich um wieder problemlos aus der Finanzierung aussteigen zu können.

Alternative Finanzierungsmöglichkeiten ergeben sich durch den Einbezug von Psychiatrischen Instituts- oder Hochschulambulanz. Dort können Skills-Trainings angeboten und abgerechnet werden; die Einzeltherapien können durch Niedergelassene oder in Ausbildungsambulanz für Verhaltenstherapie erbracht werden. Außerdem besteht die Möglichkeit, dass manche PatientInnen die Skills-Gruppe selbst bezahlen. PsychologInnen in psychotherapeutischer Weiterbildung könnten einen Teil ihrer obligaten Arbeit in der psychosomatischen Grundversorgung in Praxisnetzen oder als Skills-Trainer leisten, wenn es einen entsprechenden Vertrag mit einem Ausbildungsinstitut gibt. Eine Behandlung und Abrechnung innerhalb der „Integrierten Versorgung“ und/oder innerhalb von „Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)“ erscheint uns möglich, ist unseres Wissens bisher in Deutschland allerdings noch nicht realisiert. Unser kürzlich gestellter Antrag auf „Integrierte Versorgung“ wurde von mehreren Kassen mit Hinweis auf zu geringe Fallzahlen und sinnigerweise mit Hinweis auf die gute Versorgung durch unser Netzwerk abgelehnt.

## Fazit

Während die DBT sich in der stationären Psychotherapie rasch verbreitet, kommt die ambulante Implementierung schwer voran. Für die PatientInnen und auch ökonomisch wäre es sehr wünschenswert, wenn sie die stationär begonnenen Therapien ambulant fortsetzen bzw. stationäre Behandlungen und Wiederaufnahmen vermieden werden könnten. Wir denken, dass folgende Voraussetzungen für ein ambulantes DBT-Projekt sinnvoll,

aber auch ausreichend sind: vier Therapeuten mit oder in DBT-Ausbildung, ca. acht Patientinnen und eine Klärung der Finanzierung der Gruppentherapie (z. B. Übernahme unseres Finanzierungsmodells oder Anschluss an eine Institutsambulanz). Unsere Erfahrungen sprechen dafür, dass die DBT für alle PsychotherapeutInnen interessant und hilfreich ist, unabhängig von ihrer primären psychotherapeutischen Sozialisation.

Borderline-Störung. München: CIP-Medien, 2006: 63 – 78

## Zu den Autoren

**Hans Gunia**

geb. 1956, Dipl.-Psych., Studium der Psychologie in Darmstadt. Seit 1988 Klinischer Psychologe im PKH Philippshospital. 1999 Approbation und Niederlassung als Psychologischer Verhaltenstherapeut. Dozent und Supervisor für Verhaltenstherapie und DBT. Lehraufträge am Institut für Psychologie der TU Darmstadt.



Derzeitige Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Psychoedukative Verfahren in der Behandlung von Psychosen und Dialektisch-Behaviorale Therapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen.

**Michael Huppertz**

geb. 1953, Dr. phil. Dipl.-Soz., Arzt für Psychiatrie/Psychotherapie.



Derzeitige Arbeitschwerpunkte: Achtsamkeits- und körperorientierte Psychotherapie, philosophische Aspekte der Psychotherapie, Spiritualität und Vernunft.

**Korrespondenzadresse:**

Dipl.-Psych. Hans Gunia  
Heidelberger Landstraße 171  
64297 Darmstadt  
E-mail: praxis@hansgunia.de

## Literatur

- 1 Bohus M, Berger M. Die dialektisch-behaviorale Psychotherapie nach M. Linehan. Ein neues Konzept zur Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Nervenarzt* 1996; 67: 911 – 923
- 2 Bohus M, Huppertz M. Wirkmechanismen achtsamkeitsbasierter Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 2006; 54: 265 – 276
- 3 Friedrich J, Gunia H, Huppertz M. Evaluation eines ambulanten Netzwerks für Dialektisch Behaviorale Therapie. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin* 2003; 24: 289 – 306
- 4 Gunia H, Huppertz M, Friedrich J, Ehrenthal J. Dialektisch-Behaviorale Therapie von Borderline-Persönlichkeitsstörungen in einem ambulanten Netzwerk. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis* 2000; 32: 651 – 662
- 5 Gunia H, Friedrich J, Huppertz M. Evaluation eines ambulanten DBT-Netzwerks – Erste Ergebnisse. In: Merod R (Hrsg): *Behandlung von Persönlichkeitsstörungen – Integration*. Tübingen: dgvt-Verlag, 2005: 523 – 547
- 6 Gunia H. Die Versorgung von Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in einem ambulanten Netzwerk. *Persönlichkeitsstörungen* 2007; 11: 201 – 206
- 7 Huppertz M. Voraussetzungen, Probleme und Vorteile ambulanter DBT. In: Reicherzer M, Kraemer S (Hrsg): *Psychotherapie für die Praxis: Borderline-Störung*. München: CIP-Medien, 2006a: 115 – 132
- 8 Huppertz M. Achtsamkeit in der Dialektisch-Behavioralen Therapie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 2006b; 54: 255 – 264
- 9 Linehan MM. *Trainingsmanual zur dialektisch-behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien, 1996
- 10 Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 1060 – 1064
- 11 Reicherzer M. Transferecnd focused psychotherapy (TFP) und Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) im Vergleich. In: Reicherzer M, Kraemer S (Hrsg): *Psychotherapie für die Praxis:*