

# Neues vom Dachverband Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT)

41. Rundbrief

November 2016

Förderverein der  
Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT)  
im deutschsprachigen Raum. DDBT e.V.



[www.dachverband-dbt.de](http://www.dachverband-dbt.de)



## Editorial

**Liebe Mitglieder des Dachverbandes, liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Freunde!**

Leiden Migranten unter Border-Line-Störungen? Wohl kaum – obgleich sie meist gleich mehrere Grenzen überschritten haben. Was hat DBT dann für die Arbeit mit Migranten zu bieten? Andrea Dixius hat eine Antwort gefunden und ein großartiges Programm entwickelt – unser kleiner adventiver Beitrag zur Verbesserung der Welt. Falls jemand ein Programm für größenwahnsinnige Psychopathen gefunden hat, möge er sich melden, damit wir es ins Trinkwasser gießen.

**Soweit für dieses Jahr, Ihr Martin Bohus**

---

# Termine



## **DBT-Netzwerktreffen für Sozial- und Pflegeberufe**

**am 03.03 und 04.03.2017, Frankfurt am Main**

Das Netzwerktreffen wird im Universitätsklinikum Frankfurt am Main, Haus 93 stattfinden. Das Thema ist dieses Jahr DBT-A. Alle Teilnehmer(inn)en sind herzlich eingeladen, aktiv an der Gestaltung des Treffens mitzuarbeiten und Themen vorzuschlagen, die sie besonders interessieren.

Das Treffen wird wie die vorherigen Jahre an zwei Tagen stattfinden. Ihr könnt Euch natürlich auch nur für einzelne Tage anmelden. Wir beginnen am Freitag um 10:00 Uhr bis ca. 17:30 Uhr, Samstag beginnen wir schon um 9:00 Uhr und um 14:00 Uhr beenden wir offiziell, damit alle die noch eine weite Heimreise haben gut nach Hause kommen. Es wird eine Teilnehmerbestätigung geben, so dass Ihr das Netzwerktreffen bei Eurem Arbeitgeber als Fortbildungsveranstaltung beantragen könnt.

Bitte meldet Euch spätestens bis Anfang Februar 2017 an, damit das Team in Frankfurt ausreichend planen kann. Die Teilnehmergebühr wird auch dieses mal 40€ pro Person betragen. Für Verpflegung wird gesorgt sein, am Freitagabend hatten wir überlegt gemütlich essen zu gehen und euch ein klein wenig von Frankfurts Nachtleben zu zeigen. Wer daran Interesse hat, dies bei der Anmeldung bitte angeben.

Die E-Mail-Adresse für Vorschläge und Eure Anmeldungen lautet:

[DBT-S-P-2017@web.de](mailto:DBT-S-P-2017@web.de)

---

Andrea Dixius & Eva Möhler

## START

Stress – Traumasymptoms-Arousal-Regulation-Treatment



Manual zur Erststabilisierung und Arousal-Modulation für stark belastete Kinder und Jugendliche und minderjährige Flüchtlinge

# START

## Stress-Traumasymptoms-Arousal-Regulation-Treatment

Konzept zur Erststabilisierung und Arousal-Modulation für stark belastete Kindern und Jugendliche und minderjährige Flüchtlinge

von Andrea Dixius & Eva Möhler (2016)

START wurde von Andrea Dixius in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Eva Möhler entwickelt, mit dem zentralen Ziel mit START eine Hilfe und Unterstützung zur Erststabilisierung für emotional und psychisch schwer belastete Kinder und Jugendliche und minderjährige Flüchtlinge mit posttraumatischen Stresserleben zu konzipieren.

Kinder und Jugendliche, die in akuten Krisen aufgrund der Schwere ihrer Belastungen nicht in der Lage sind, sich gleich für eine aufarbeitende Behandlung oder langfristige Psychotherapie zu entscheiden, erhalten mit START eine erste Hilfestellung. Dabei geht es in erster Linie, um rasche Stabilisierung und Arousal-Regulation und im zweiten Schritt um die Förderung von Selbstwirksamkeit und die Stärkung von Schutzfaktoren.

### Zur Situation von Flüchtlingen

Weltweit befinden sich derzeit mehr als 60 Millionen Menschen auf der Flucht. 2015 sind außergewöhnlich viele Menschen über das Mittelmeer nach Europa geflohen. Die meisten Flüchtlinge kamen aus Syrien, Afghanistan und Somalia. In der ersten Jahreshälfte 2015 wurden in der Bundesrepublik Deutschland mit 159.900 weltweit die meisten Neuanträge auf Asyl gestellt. Etwa die Hälfte der Flüchtlinge weltweit sind Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren. Ende Januar 2016 war die Zahl der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge (UMF) in Deutschland auf über 60.000 gestiegen; Hauptherkunftsländer der UMF waren 2015 Afghanistan, Syrien, Irak, Eritrea und Somalia (BAMF, 2016).

Die Prävalenzzahlen für psychische Auffälligkeiten bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen liegen zwischen 20% und 81,5%. Flucht, Folter, Zwangsarbeit, Vertreibung, körperliche und sexuelle Gewalt, Gefahr durch Kriegswirren, lebensbedrohliche Situationen und massive Entbehrungen vielfältiger Art, Trennung bzw. Verlust von Familienmitgliedern über einen meist langen Zeitraum führen häufig zu schweren psychischen Beeinträchtigungen, massiven Einschränkungen des allgemeinen Funktionsniveaus und einer hohen subjektiven Belastung durch Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung.

### Neue Wege in Hilfeprozessen

Die besondere Situation der geflüchteten Kinder und Jugendlichen erfordern neue Wege in Hilfeprozessen. Angesichts der enormen Belastungen und der häufig sequentiellen Traumatisierung sind früh eingesetzte Hilfen extrem wichtig. Minderjährige Flüchtlinge leiden häufig unter massiven, physischen und psychischen Stress, Myogelosen, erosiver Gastritis, Spannungskopfschmerzen und Muskelschmerzen, Schlafstörungen, Alpträumen, Hypervigilanz, Dissoziationen, selbstverletzenden Verhalten sowie suizidalen Krisen. Diese Symptome sind häufig die ersten Anzeichen einer sich entwickelnden Posttraumatischen Belastungsstörung oder einer psychopathologischen Folgeerkrankung. Hinzu kommen zwischenmenschliche Belastungen, wie die intensive Beschäftigung mit der Sicherheit von Familienmitgliedern oder anderen geliebten Personen, aber auch Heimweh und Trennungsschmerz sowie die Unsicherheit über die weitere Zukunft.

## Aufbau von START

START ist inspiriert von Psychotraumatherapieverfahren, insbesondere aber von der DBT. Eine Grundüberlegung zu START ist, dass durch Fertigkeiten bzw. Skills das Erleben von Selbstwirksamkeit gefördert werden kann. Des Weiteren fokussiert START durch den Einsatz von Skills auf das Wiedererlangen und Erleben von Kontrolle und Steuerung des eigenen Verhaltens in Krisensituationen. Dies ist umso wichtiger, zumal maladaptive Verhaltensmuster eine Integration in psychosozialen Kontexten wie Schule, Wohngruppen und in der Gruppe von Peers erschweren.

In den ersten vier START-Modulen liegt der Fokus auf Stressregulation, emotionaler Stabilisierung und Stärkung von Schutzfaktoren. START wird nicht als aufarbeitendes Psychotraumakonzept verstanden, kann jedoch sehr gut einer weiterführenden Psychotraumatherapie vorangestellt werden oder auch kombiniert werden. Im fünften START-Modul wird zudem der Umgang mit Alpträumen aufgegriffen.

Zum kulturintegrativen Zugang sind die Übungen im START-Manual mehrsprachig übersetzt, in leicht verständlicher Sprache verfasst und mit hilfreichen Bildmaterial ausgestattet. Für die praktische Durchführung stehen unterstützend mehrsprachig-übersetzte Audioversionen zur Verfügung.

## START im Überblick

### Zielgruppe

- Kinder und Jugendliche
- minderjährige Flüchtlinge

### Basics

- 5 Module
- Gruppen-/ Einzelsetting
- mehrsprachig übersetzte Materialien
- hilfreiches Bildmaterial
- Übungen als Print- und Audioversion

### Grundhaltung

- validierend
- niedrighwelliger Zugang
- kulturintegrativ
- sozial-integrativ
- ressourcenorientiert

### START – inhaltliche Zielsetzung

- Stressregulation
- Stabilisierung bei emotionalen Krisen und Belastungen
- Selbstwirksamkeitsstärkung
- positive Erfahrungen fördern
- Hilfe bei Alpträumen
- ggf. Vorbereitung auf und/oder Kombination mit weiterer Psychotherapie
- Prävention & Resilienzförderung

### Adressaten

Psychotherapeuten, Ärzte, Sozialarbeiter, professionelle Caregiver, Kliniken, Jugendhilfeeinrichtungen, psychosoziale Institutionen

# Aktuelle Publikationen

## Schwerpunkt: Selbst und Identität

Die hier genannten Publikationen werden im Mitgliederbereich auf der Internetseite des Dachverbandes im Ordner „Rundbriefe 2016“ hinterlegt:  
[www.dachverband-dbt.de](http://www.dachverband-dbt.de)

### Identitätsstörung und Emotionsregulation

Neacsiu, A. D., Herr, N. R., Fang, C. M., Rodriguez, M. A., & Rosenthal, M. Z. (2015). Identity disturbance and problems with emotion regulation are related constructs across diagnoses. *Journal of clinical psychology, 71*(4), 346-361.

Die Autor(inn)en gehen in Anlehnung an Marsha Linehan davon aus, dass die Identitätsstörung bei BPD Patient(inn)en sich aus invalidierenden Beziehungserfahrungen und Schwierigkeiten in der Emotionsregulation entwickeln. Demnach führen invalidierende Reaktionen auf Gefühle dazu, dass Kinder wenig Vertrauen in die eigene Selbstwahrnehmung entwickeln können. Zur Emotionsregulation vertrauen die Betroffenen in Folge auf die Unterstützung anderer und haben wenig Gelegenheit zu lernen, was sie brauchen und mögen bzw. ein Gefühl dafür zu entwickeln, wer sie sind und was sie ausmacht – also ein stabiles Selbstbild zu entwickeln.

Um den Zusammenhang zwischen Emotionsregulation und Identitätsstörung zu untersuchen, haben die Autor(inn)en eine transdiagnostische Stichprobe von 82 Patient(inn)en und 47 gesunden Kontrollpersonen im mittleren Alter von 35 Jahren untersucht. 20 der Patient(inn)en erfüllten die Kriterien für eine Borderline Persönlichkeitsstörung. Identitätsstörung wurde mit einer 7 Items umfassenden Skala erhoben (Borderline Identity Disturbance Self-Report), die Emotionsregulation mit der „Difficulties in Emotion Regulation Scale“ (DERS).

Die Ergebnisse zeigen, dass alle Patient(inn)en – unabhängig von der Diagnose – eine stärker ausgeprägte Identitätsstörung aufwiesen als die gesunden Kontrollpersonen, was darauf hinweist, dass Identitätsstörungen transdiagnostisch eine Rolle spielen. Identitätsstörungen und Emotionsregulation wiesen in allen Gruppen eine hohe Korrelation auf, die mit  $r=.5$  bei den gesunden Kontrollprobanden am geringsten und mit  $r=.75$  bei den BPD Patient(inn)en am stärksten ausgeprägt war. Emotionsregulation und Depressivität waren die stärksten Prädiktoren für Identitätsstörungen (gemeinsame Varianzaufklärung 69%), wobei insbesondere mangelnde emotionale Klarheit und Unsicherheit über effektive Bewältigungsstrategien zu diesem Zusammenhang beitrugen.

Die Autor(inn)en schlussfolgern, dass sowohl Emotionsdysregulation wie auch Identitätsstörungen transdiagnostisch beachtet werden sollten und es weiterer Studien bedarf, um zu klären, inwieweit diese beiden Konstrukte spezifisch zur Psychopathologie bei BPD beitragen.

#### Identity Disturbance and Problems With Emotion Regulation Are Related Constructs Across Diagnoses

Andrada D. Neacsiu,<sup>1</sup> Nathaniel R. Herr,<sup>2</sup> Caitlin M. Fang,<sup>2</sup> Marcus A. Rodriguez,<sup>2</sup> and M. Zachary Rosenthal<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Duke University Medical Center  
<sup>2</sup>American University  
<sup>3</sup>Duke University

**Objective:** This study examined the relation between identity disturbance and emotion dysregulation in a cross-diagnostic sample. We assessed whether these constructs are related and relevant beyond borderline personality disorder (BPD). **Method:** We recruited 127 participants who completed measures assessing identity disturbance, emotion dysregulation, anxiety, and depression. The sample included primarily depressed adults meeting criteria for multiple diagnoses as well as psychotically healthy participants. **Results:** Identity disturbance was significantly higher among psychiatric participants with and without BPD compared to healthy controls. Emotion dysregulation was a significant predictor of identity disturbance, even when controlling for BPD diagnosis, depression, and anxiety. In particular, clarity in emotional situations and problems using emotion regulation strategies were most closely related to identity disturbance. **Conclusion:** The results of this study suggest that future research should examine identity disturbance and its relation with emotion regulation transdiagnostically. © 2014 Wiley Periodicals, Inc. *J. Clin. Psychol.* 71: 346–361, 2015.

**Keywords:** identity disturbance; emotion dysregulation; depression; transdiagnostic

#### Identity Disturbance

The concept of identity is intuitive, yet it has proven difficult to define or measure (Wentz & Heim, 2003). Theorists define identity broadly in terms of how one understands oneself (Baker, 1997) or others (Bowlby, 1972) and more specifically by identifying key components of identity, including constructs such as (a) gender and ethnic identity (Schwartz, Zamboanga, Weiskirch, & Rodriguez, 2009), (b) social identity (Streib-Lewis, 2007), (c) ideal versus real and feared identity (Woson, 1985), (d) self-concept (Markus & Nurius, 1986), (e) identity consolidation and confusion (Erikson, 1968), and (f) identity diffusion (Akhbar, 1984). The developmental trajectory of one's identity is complex, is influenced by early childhood relationships (Aronik, King, Martinussen, & March, 2009), evolves in adolescence and emerging adulthood, and continues to develop throughout life (Erikson, 1956; Speer & Seiffge-Krenke, 2011). Identity formation does not require an identity crisis; rather, it progresses slowly over time (Meeus, 2011) and is context dependent (Ostrowski & Turner, 2004; Kelly & Rodriguez, 2006). Over time, people are believed to alternate between exploration of their identity, which can be stressful and may lead to psychological problems, and sustained commitment to their identity (Bosch, Garcia, & Fleming, 2006; Schwartz et al., 2009). Of direct relevance to mental health, the construct of identity includes finding meaning in life and understanding one's fit in the world (Wilkinson-Ryan & Neuman, 2000). Identity disturbance reflects problems with identity that become pathological by creating a "turkly and persistent unstable self-image or sense of self" (American Psychological Association, 2013, p. 664). Kernberg included identity disturbance in his first description of borderline

Please address correspondence to: Andrada D. Neacsiu, Cognitive Behavioral Research and Treatment Program, Duke University Medical Center (3026), 221 Fifth Street, Room 125, Durham, NC, 27710; e-mail: andrada.neacsiu@duke.edu

*JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY*, Vol. 71, No. 4, pp. 346–361 (2015)  
© 2014 Wiley Periodicals, Inc.  
Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com/journal/jccp). DOI: 10.1002/jccp.22581



## Repräsentation von sich selbst und anderen

Beeney, J. E., Hallquist, M. N., Ellison, W. D., & Levy, K. N. (2016). Self–other disturbance in borderline personality disorder: Neural, self-report, and performance-based evidence. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7(1), 28.

Die Autor(inn)en dieser Studie untersuchten verschiedene Aspekte der Selbstrepräsentation und Repräsentation anderer Menschen in einer multimodalen Studie bei 17 BPD Patientinnen und 21 weiblichen Kontrollpersonen im mittleren Alter von 35 Jahren.

In einem Kartensortiertest wurden die Probandinnen aufgefordert, 40 Karten mit negativen und positiven Eigenschaftsbegriffen (wie z.B. charmant, lustig, langweilig, unbeliebt) in Gruppen zu sortieren, die verschiedene Aspekte des eigenen Selbst repräsentieren. Auf dieser Basis wurden Maße zur Organisation des Selbst, Komplexität des Selbst und der Selbstkonzeptklarheit berechnet. Die BPD Patientinnen legten die Karten zu mehr Aspekten des Selbst, allerdings waren diese stärker fragmentiert und negativer als bei den Kontrollprobandinnen.

Zur zeitlichen Stabilität der Selbstrepräsentation und Repräsentation anderer Menschen wurden die Probandinnen aufgefordert, zweimal hintereinander im Abstand von zwei Stunden sich selbst und eine(n) gute(n) Freund(in) hinsichtlich ihrer Persönlichkeits- und körperlichen Eigenschaften einzuschätzen. Die BPD Patientinnen zeigten weniger Konsistenz in ihrer Einschätzung der Persönlichkeits-eigenschaften, jedoch nicht hinsichtlich der körperlichen Eigenschaften.

Zur Differenzierung des Selbst von anderen Personen wurde ein Fragebogen eingesetzt („Differentiation of Self Inventory“). Die BPD Patientinnen unterschieden sich von den Kontrollprobandinnen auf allen Skalen. Sie berichten mehr Schwierigkeiten, sich von anderen emotional abzugrenzen und in Gegenwart anderer ein Gefühl des „Selbst“ zu bewahren.

Im fMRI wurden die Personen mit den folgenden Fragen ebenfalls aufgefordert, Persönlichkeitseigenschaften einzuschätzen: Sind Sie freundlich? Ist eine bestimmte gute Freundin (z.B. Julie) freundlich? Findet Julie Sie freundlich? Findet Julie sich selbst freundlich? Es zeigten sich zwar Unterschiede in der Gehirnaktivierung zwischen den Gruppen, diese waren jedoch nicht signifikant, wenn die einzelnen Fragebedingungen ins Modell aufgenommen wurden. Insgesamt zeigten die BPD Patientinnen eine stärkere Aktivierung in Arealen, von denen angenommen wird, dass sie die Repräsentation von Personen unterstützen (precuneus, mPFC, Angular Gyrus, rTPJ) sowie in drei Netzwerken im Bereich des Frontalpols. Die Kontrollprobandinnen hingegen zeigten eine stärkere Aktivierung in Arealen, die mit visueller, sensorischer und motorischer Verarbeitung in Verbindung gebracht werden (precentral gyrus, supramarginal gyrus) sowie dem Abruf von episodischem Gedächtnis (superior parietal lobule). Die Autoren schussfolgern daraus, dass die Kontrollprobandinnen sich bei der Beantwortung der Fragen stärker auf die Integration von Information aus verschiedenen Domänen gestützt haben könnten.

Zusammenfassend weisen die Befunde dieser Studie darauf hin, dass BPD Patient(inn)en eine geringere zeitliche Stabilität der Repräsentation aufweisen, schlechter zwischen sich und anderen differenzieren können und komplexere sowie negativere Selbstrepräsentationen zeigen. Daraus schussfolgern sie, dass BPD Patient(inn)en zur Repräsentation von sich selbst und anderen insgesamt komplexere Strategien benutzen, die weniger gut organisiert sind.



## „Selbst“ aus der Perspektive von Patientinnen

Agnew, G., Shannon, C., Ryan, T., Storey, L., & McDonnell, C. (2016). Self and identity in women with symptoms of borderline personality: A qualitative study. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 11.

In dieser qualitativen Studie wurden offene Interviews mit fünf Borderline Patientinnen zum Thema Selbst und Identität geführt. Die Patientinnen wurden eingeladen, über diese Themen zu sprechen, ohne dass besondere Vorgaben zu bestimmten Aspekten gemacht wurden. In der thematischen Analyse zeigten sich fünf zentrale Themen, die in allen Interviews zur Sprache kamen: Verbindung mit dem eigenen Selbst, Abgrenzung zu anderen sowie Verletzung und Heilung.

Zur Verbindung mit dem eigenen Selbst sprachen die Probandinnen darüber, wie verschiedene Lebensereignisse, Erinnerungen und das Erleben des eigenen Selbst zu ihrem überdauernden Gefühl für das eigene Selbst beitragen. Alle Probandinnen berichteten, sich verloren zu fühlen, surreal und voller Konflikte. Dabei spielten dissoziative Erfahrungen und „innere Kämpfe“ mit sich selbst eine wichtige Rolle: *„If somebody said come and sleep with me there is no like this is wrong, where are your morals. It's just all gone. I have another part of me that is really rigid and morals, and you don't do this. I don't get that. It's like a constant battle.“*

Bei der Abgrenzung zu anderen, berichtete die Probandinnen, dass die Grenzen auf physischer, emotionaler und psychischer Ebene zwischen dem Erleben des eigenen Selbst und anderen Personen immer wieder verschwimmen – während es gleichzeitig schwer möglich scheint, eine echte Verbindung zu anderen herzustellen: *„My son, he had come home from work. I just felt this need to make him happy because I thought if I can't cheer him up and get him feeling up then I'm going to go down and within an hour of being in the same room with him being down I did go really down, and he bounced back, and he was fine . . . but my mood stayed.“* Eine besondere Rolle spielte hier auch das „Verstecken vor anderen“, um nicht negativ bewertet oder verletzt zu werden.

Beim Thema Verletzung und Heilung berichteten alle Probandinnen über negative Beziehungserfahrungen – insbesondere kritische und kontrollierende, die ihr Gefühl für das eigene Selbst beeinflusst haben. Gleichzeitig wurden heilsame und unterstützende Beziehungen erwähnt: *„My father. You know what he would do when I was living there is he would keep the heat on, he collects my prescription, and he gets me a bar of chocolate along with it. Just wee things he does that I know that he really cares.“*



**Redaktion:** Lisa Lyssenko (*[lisa.lyssenko@zi-mannheim.de](mailto:lisa.lyssenko@zi-mannheim.de)*)

**Herausgeber:**

Dachverband Dialektisch-Behaviorale Therapie e.V.

*[www.dachverband-dbt.de](http://www.dachverband-dbt.de)*

Petra Schindler

Sekretariat Dachverband DBT

c/o CIP GmbH

Rotkreuzplatz 1, 80634 München

Tel.: 089/130 79 339

Fax: 089/130 79 399

Mail: *[p.schindler@dachverband-dbt.de](mailto:p.schindler@dachverband-dbt.de)*